

Année 1975

THÈSE

NO

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Luc PIEL-DESRUISSEAU

Né le 17 Octobre 1945 à Argenteuil (95)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION
DES LÉSIONS ET CONSIDÉRATIONS TECHNIQUES
A PROPOS D'UNE SÉRIE DE 44 GASTRECTOMIES
TOTALES ÉLARGIES FAITES PAR VOIE ABDOMINALE

Président : M. Jean-Noël MAILLARD, Professeur.

Année 1975

THÈSE

NO

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Luc PIEL-DESRUISSEAU

Né le 17 Octobre 1945 à Argenteuil (95)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION
DES LÉSIONS ET CONSIDÉRATIONS TECHNIQUES
A PROPOS D'UNE SÉRIE DE 44 GASTRECTOMIES
TOTALES ÉLARGIES FAITES PAR VOIE ABDOMINALE

Président : M. Jean-Noël MAILLARD, Professeur.

THÈSE

No

1872

1872

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée par

M.

Jean-Luc PIER-CHERRISSEAU

Né le 17 octobre 1842 à Paris (18)

Docteur en Médecine le 1872

Présentée et soutenue publiquement le



ETUDE DE LA
DES LÉSIONS ET COM
A PROPOS D'UNE SÉRIE DE 44 GASTRECTOMIES
TOTALES ÉLABORÉES FAITES PAR VOIE ABDOMINALE

A mon Maître Monsieur le Professeur J. N. MAILLARD

qui m'a accueilli dans son service et m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il soit assuré de mon profond respect.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Maître, Monsieur le Professeur agrégé
P. HAUTEFEUILLE

qui m'a inspiré ce modeste travail,
m'a guidé avec patience dans son élaboration,
qu'il soit assuré de toute ma reconnaissance et de
ma fidélité.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Externat Monsieur le Professeur PATEL
 Monsieur le Docteur VIGUIE
 Monsieur le Professeur BARIETY
 Monsieur le Professeur KLOTZ
 Monsieur le Docteur POUJOL

Internat Monsieur le Docteur LAZARD
 Monsieur le Professeur LAURENCE
 Monsieur le Docteur CALVET
 Monsieur le Professeur Agrégé BOMBART
 Monsieur le Professeur THOMERET
 Monsieur le Professeur AUVERT
 Monsieur le Professeur MAILLARD

A Monsieur le Professeur Agrégé DEBESSE

A Olga

A toute ma famille

A mon fils

SOMMAIRE

	page
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>I - TECHNIQUE</u>	7
A - Description de la technique	7
B - Complications et mortalité post-opératoires	29
<u>II - RESULTATS CARCINOLOGIQUES</u>	33
A - Résultats globaux	35
B - Résultats en fonction des lésions	44
C - Conclusion	79
<u>III - COMMENTAIRES</u>	81
<u>CONCLUSION</u>	95
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	I à IV

INTRODUCTION

Matériel.

Ce travail est l'étude d'une série de 44 gastrectomies totales élargies faites de 1963 à 1972 par un même opérateur, mon Maître le Professeur Agrégé P. HAUTEFEUILLE, pour des cancers de l'estomac. 43 de ces gastrectomies totales élargies ont été réalisées par une voie abdominale pure ; seule la première de la série était encore une exérèse par voie abdomino-thoracique.

Ces interventions s'adressent à des cancers de l'estomac de siège et de type histologique variés à l'exception des cancers du cardia, définis comme portant atteinte à l'intégrité de l'orifice du cardia. Les opérés se répartissent entre 30 hommes et 14 femmes ; les âges ont comme extrêmes 35 et 81 ans ; la médiane est à 66 ans.

Chaque opéré a un dossier dans lequel sont rassemblés, outre les données cliniques, radiologiques, fibroscopiques et biopsiques, le compte-rendu opératoire et la fiche anatomopathologique comportant un schéma des lésions et de l'exérèse, souvent des photos per opératoires ou de la pièce d'exérèse.

L'étude anatomopathologique a été menée par le Professeur Agrégé E. MARTIN ou par Madame le Docteur GALLIAN.

Aucun opéré n'a été perdu de vue. Cependant nous ne connaissons pas la date exacte du décès de 6 d'entre eux.

Politique.

La gastrectomie totale a été décidée lorsque le choix chirurgical se limitait à deux propositions :

- pas d'exérèse convenable de la tumeur
- ou bien gastrectomie totale.

Il s'agit donc de gastrectomies totales de nécessité à l'égard de l'exérèse gastrique.

Par contre, c'est de principe (parfois aussi de nécessité) que la gastrectomie totale est élargie à la rate et la moitié gauche du pancréas. Cela donne à l'anatomopathologiste la possibilité d'étudier une pièce complète.

La nécessité de faire une gastrectomie totale peut être absolue en raison de la taille de la tumeur, ou bien ce peut être une nécessité carcinologique si l'on veut satisfaire les règles carcinologiques admises. Il en est ainsi des tumeurs de siège haut situé, ou bien encore quand il existe une atteinte ganglionnaire à distance de la région tumorale (spécialement le long de la partie haute de la petite courbure). Dans ces cas il y a toujours des lésions au-dessus de l'angle que forme la petite courbure.

L'élargissement est effectué de principe pour deux raisons. La première est que le danger post-opératoire majeur résulte, estimait-on, des risques de fistulisation de l'anastomose oesophagienne. Ce risque pris, on préfère la gastrectomie totale à la gastrectomie polaire supérieure dont l'anastomose haute est considérée comme au moins aussi dangereuse que l'anastomose oeso-jéjunale d'une gastrectomie totale. La seconde raison est de faire une exérèse "logique" du mésogastre emportant les épiploons, liant à l'origine les vaisseaux coronaire stomacique, pylorique, gastro-épiloyque droit, splénique, enlevant la moitié gauche du pancréas et la rate, ce qui permet de supprimer le retour veineux et de faire le curage de la chaine splénique. A côté des exérèses qui pouvaient avoir un "espoir curateur", il y eut aussi des cas d'exérèses "palliatives", décidées devant des conditions locales bien particulières et ne visant qu'à rétablir pour un temps un circuit digestif qui permettra au patient de s'alimenter.

Le bilan rétrospectif de cette série poursuit trois objectifs :

1) Constater les possibilités de l'intervention par une voie abdominale pure dont on verra les avantages. Ceci fera l'objet d'un chapitre "technique".

2) Faire le bilan carcinologique de cette expérience. Après avoir donné les résultats globaux de la survie, nous nous attachons surtout à préciser les résultats obtenus, par une technique uniforme, pour des lésions dont on possède des pièces larges. Cette homogénéité de la tactique chirurgicale, face à la diversité des lésions rend possible de tenter une analyse de l'évolution carcinologique, non plus en fonction de la technique, mais en fonction du visage particulier de chaque lésion. Ceci nous conduira à séparer l'étude des limites, de celle des autres adénocarcinomes et des cancers sur moignon gastrique.

3) Enfin, préciser chez les survivants à longue échéance, la qualité de la survie que permettait d'espérer une gastrectomie totale large avec un rétablissement de la continuité duodénale.

N°	Nom	Sexe	Age	N	M	Particularités
0	BLU	M	64	o		
1	DUP	M	60	+		
2	RID	M	77	o		
3	LEPO	F	68	+		
4	GRA	M	75	+		DG
5	PHI	M	77	o		
6	BID	F	71	+	+	P
7	SCH	M	67	o		
8	CAR	M	45	o		
9	LES	F	59	+	+	P
10	BOT	M	65	+		L, P
11	BON	M	71	+		
12	BAI	F	80	o		
13	WAS	M	39	+o		
14	LEF	M	39	o		H
15	LEG	M	54	+		
16	BIT	F	52	+o		P
17	RIC	F	47	o		
18	CAT	F	74	+o		L
19	ROB	M	66	+		
20	GUE	M	56	+o		L
21	BAT	M	79	+	+	P
22	CHO	F	59	+o		
23	RIG	M	81	+		DG
24	DAN	M	37	o		H
25	DEV	F	61	o		L
26	TER	M	35	+		L, DG
27	SER	M	61	+		L, P
28	BES	M	76	+	+	P
29	PET	F	72	o		DG
30	TOU	M	67	o		
31	BIG	M	66	o		
32	HAI	F	72	o		DG, P
33	VAL	F	62	o		
34	PIN	M	67	o		
35	LEPA	M	41	+o		
36	RAV	M	58	+		DG
37	ADI	M	72	+o		DG
38	EME	F	66	o		L
39	LEPR	M	68	+o		
40	CLE	M	76	+		L
41	MAU	M	47	+		P, DG
42	DEL	F	72	+		
43	RUF	M	65	+		L

Tableau I - Liste des 44 opérés

Légende : N : état des ganglions M : présence de métastases L : Linite — DG : dévastrogastrectomie totale élargie — H : autre type histologique — P : gastrectomie totale palliative,

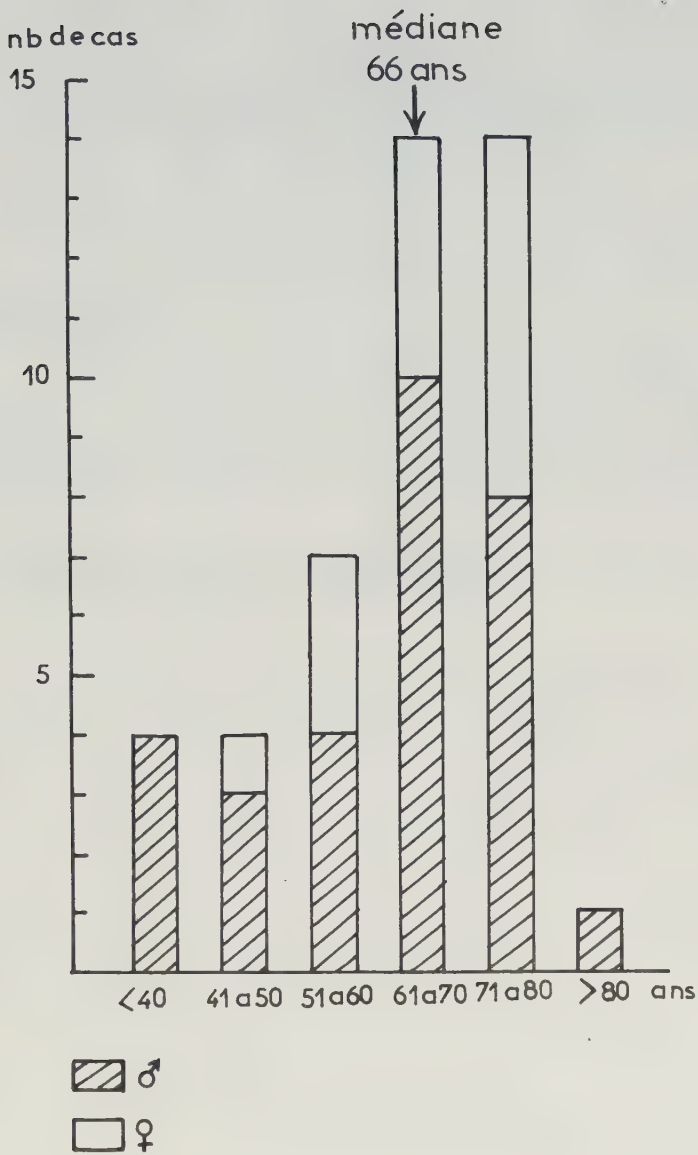


Fig. 1 - Répartition des opérés selon le sexe et l'âge.

CHAPITRE I

A - DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE ET DES ATTITUDES.

INTRODUCTION.

La gastrectomie totale élargie décrite a un double but :

- 1) enlever en monobloc une pièce gastrique équivalente de celle décrite par le professeur Lortat-Jacob mais par une voie abdominale pure, supprimant ainsi les inconvénients de l'abord thoraco abdominal.
- 2) rétablir une continuité digestive avec remise du duodénum dans le circuit en utilisant une anse interposée de préférence au montage avec une simple anse en Y.

Comme tout se passe par voie abdominale, il est donc essentiel d'organiser le champ opératoire par certains artifices d'exposition permettant d'effectuer sans difficulté l'exérèse et le rétablissement de la continuité. En ce qui concerne l'exérèse, il faudra définir ses limites vis à vis des pédicules gastriques, du pancréas et des organes de voisinage. Un certain nombre de gestes, toujours identiques vont permettre de vérifier avant toute section, que certaines régions clefs sont libres d'envahissement tumoral en s'aidant en particulier d'examens histologiques extemporanés concernant surtout les derniers ganglions des pédicules. Ces manœuvres opératoires ne se suivent pas selon un ordre immuable, mais se succèdent en fonction du caractère des lésions rencontrées. Schématiquement nous envisagerons :

- la façon d'installer l'opéré et d'exposer le champ.
- la manière de réaliser l'exérèse.
- le mode du rétablissement de la continuité.

0 30 cm

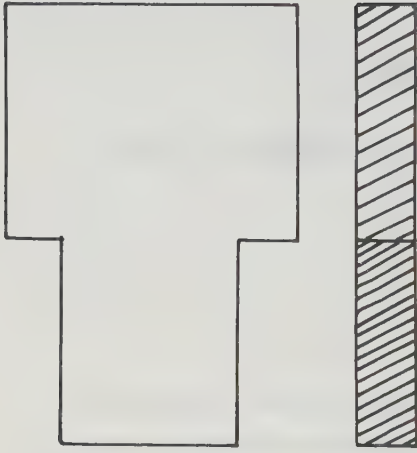
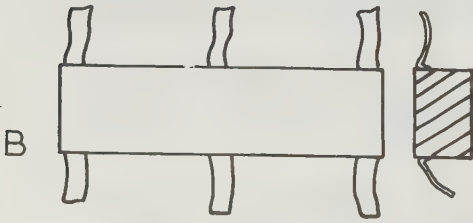


Fig. 2 - Le coussin.

A



B

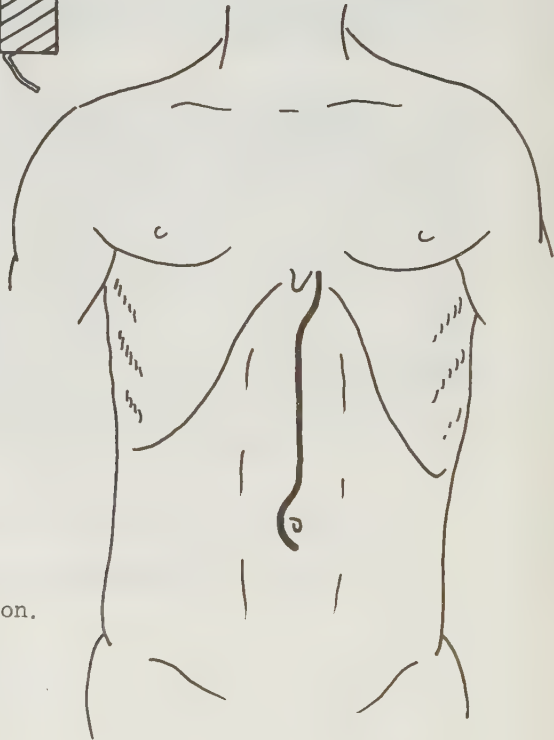


Fig. 4 - Tracé de l'incision.

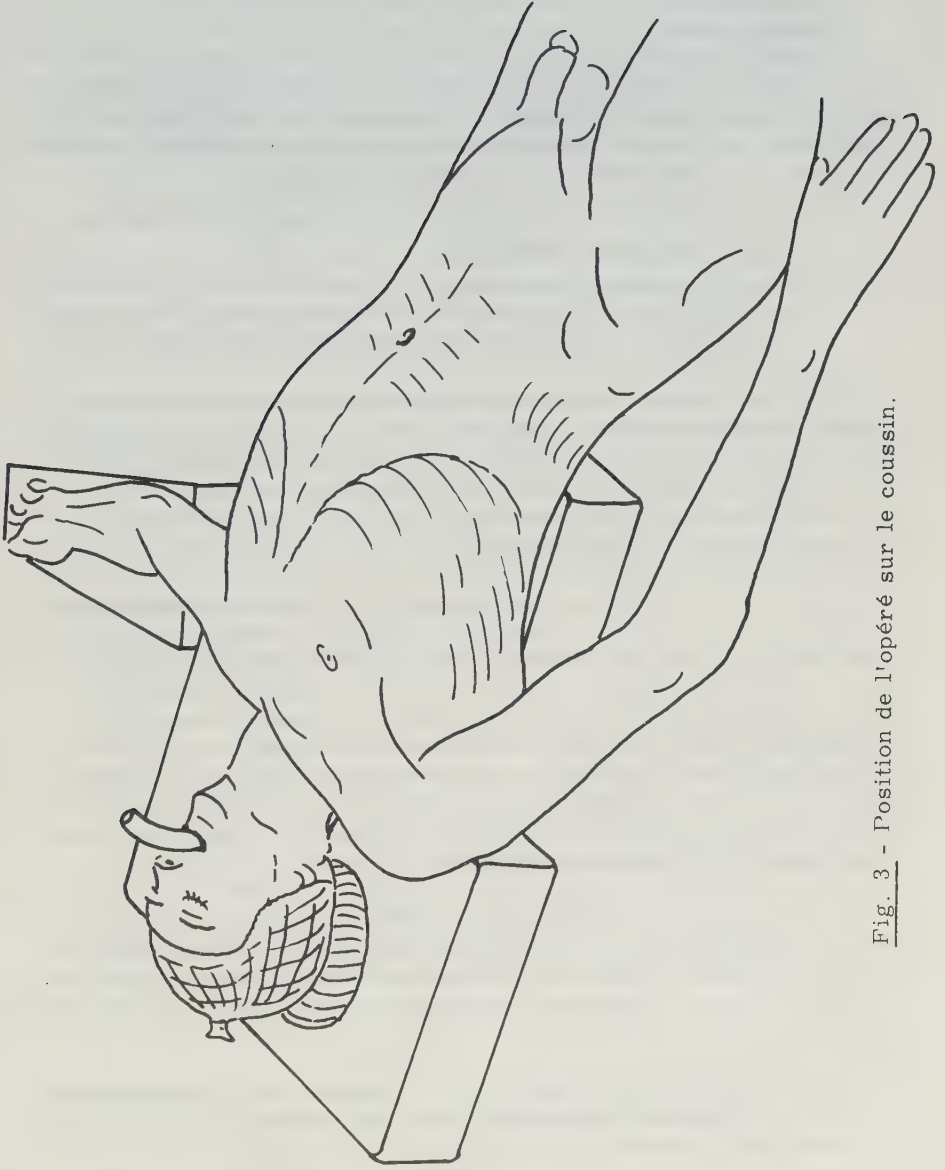


Fig. 3 - Position de l'opéré sur le coussin.

I - INSTALLATION DE L'OPERE. EXPOSITION DU CHAMP =====

OPERATOIRE.

=====

Trois artifices vont contribuer à rendre la voie abdominale suffisante pour une exposition correcte de l'étage sus mésentérique et tout particulièrement l'oesophage abdominal et le hiatus. Ce sont

- l'installation de l'opéré sur un coussin
- le tracé de l'incision avec désinsertion latérale de l'apophyse xyphoïde
- la traction par valve.

1 - INSTALLATION DE L'OPERE SUR UN COUSSIN.

Les coussins que nous allons décrire sont utilisés depuis 1964. Le grand coussin a une longueur de 0,75 m ; une épaisseur de 0,10 m et présente deux parties. L'une large de 0,50 m qui soutiendra les épaules et par l'intermédiaire d'un repose tête , le crâne. L'autre partie, plus étroite : 0,30 m est la zone de soutien thoracique. (Fig. 2).

Le second coussin, indépendant, est destiné à recevoir le membre supérieur gauche, le plaçant ainsi au même niveau que son épaule. Sa longueur est de 0,60 m ; sa largeur de 0,15 m et son épaisseur 0,10 m. Trois double languettes inférieures assurent la fixation du coussin à la "planche" de l'anesthésiste ; 3 double languettes supérieures maintiennent le membre. L'opéré est endormi sur le coussin, ses fesses reposant alors sur des alèzes qui seront enlevées après le début de l'anesthésie. Le repose tête est placé, il évitera de possibles troubles vasculaires cérébraux par hyperextension du cou. (Fig. 3).

Le rôle du coussin est bien différent de celui d'un billot. Son rebord étant en regard des dernières côtes, il provoque une cambrure dorsale basse, mais laisse le thorax horizontal tout en le surélevant ; l'abdomen est déclive accumulant les viscères mobiles.

Cette position allonge aussi au maximum la distance xypho-ombilicale et incline cette même ligne à 45 degrés par rapport à l'horizontale présentant le diaphragme au regard.

D'autre part, soulevant le thorax, il approche la région hiatale de la surface et étale la base thoracique donnant plus de largeur à l'incision.

2 - TRACE DE L'INCISION.

C'est une incision médiane, dépassant vers le bas l'ombilic, le contournant par sa gauche ou par sa droite. Vers le haut elle longe le bord gauche de l'appendice xyphoïde ce qui permet la désinsertion latérale du muscle droit correspondant. Ce décroché de l'incision permet un élargissement certain du champ opératoire, d'autant que le sujet est bréviline (Fig. 4).

3 - LA TRACTION PAR VALVE.

Quatre piquets sont disposés autour de l'opéré. Deux piquets supérieurs latéro-thoraciques sont fixés à une distance correspondant à la longueur de la queue de la valve et deux piquets inférieurs seront au dessous de l'ombilic.

Chaque piquet comprend une barre verticale de fixation à la table et une barre horizontale, munie de trois crochets destinés à recevoir l'orifice de la queue des valves.

Cette valve, type valve de Rochard est dirigée vers la gauche en début d'intervention, déplacée vers la droite lorsque l'on se porte vers le duodénum et vers le bas pendant la confection de l'anse interposée.

II - LE TEMPS DE L'EXPLORATION ABDOMINALE.

=====

Le lobe gauche du foie est maintenu relevé par une valve malléable souple. Auparavant le ligament triangulaire gauche aura été sectionné en se méfiant d'un vaisseau diaphragmatique inférieur.

Le temps d'exploration permet une première définition des lésions en précisant les caractéristiques macroscopiques de la tumeur et des ganglions, l'aspect des organes de voisinage et recherche des métastases. Tous ces éléments seront transcrits avec précision dans le compte-rendu opératoire, seul document, bien souvent, témoignant de ce qui va être enlevé.

a - L'aspect de la tumeur est précisé, comparé aux images radiographiques. Ses connexions avec les organes de voisinage, la probabilité de passer en arrière d'elle sont les premiers arguments de la possibilité de son extirpation. Pancréas et région coeliale sont examinés.

b - La recherche de métastases est étendue à toute la cavité abdominale, depuis le Douglas, jusqu'au foie et la face abdominale des coupes diaphragmatiques ; un envahissement de la

coupole gauche est de mauvais augure. Des granulations péritonéales sont cherchées, le mésentère déroulé. Une ascite n'est pas forcément néoplasique. Duodénum, angle duodéno-jéjunal sont examinés.

c - Puis on précise l'aspect des ganglions des chaînes lymphatiques :

- ganglions coronaires et de la région coeliaque
- ganglions spléniques
- ganglions des grande et petite courbures
- ganglions du mésentère dont la présence n'implique pas obligatoirement leur envahissement.

Dans ce cas, l'examen histologique extemporané a de l'importance, l'opérabilité se discutant alors. Les derniers ganglions des différentes chaînes maitresses sont prélevés s'ils sont suspects macroscopiquement ; leur examen immédiat permet de savoir rapidement s'ils sont ou non envahis.

Au terme de cette exploration on décide si la tumeur justifie ou non une gastrectomie totale.

III - DESCRIPTION D'UNE EXERESE TYPE.

=====

L'exérèse type est représentée par le cas où la gastrectomie totale est nécessaire et suffisante pour faire un geste carcinologique ne passant pas au ras des lésions. La gastrectomie est alors élargie de principe.

Trois temps principaux vont se succéder :

- un temps de prise des contrôles
- un temps de sections vasculaires, la pièce sera ainsi déconnectée avant même que l'on y touche.
- un temps enfin de réparation.

1 - LA PRISE DES CONTROLES.

Ce temps est celui de manoeuvres clefs qui décideront et faciliteront les sections vasculaires.

a - le ligament triangulaire gauche a été sectionné, le décollement duodéno-pancréatique est entrepris. Le petit épiploon est alors sectionné au ras de son insertion hépatique, découvrant

le lobe de Spiegel. Se méfier d'une artère hépatique gauche (elle ne sera sectionnée qu'après une épreuve de clampage).

b - Contrôle oesophagien. (Fig. 5).

Ce contrôle permet de faire le tour de l'oesophage. L'incision du péritoine de la face antérieure de l'oesophage est commencée au bord supérieur du hiatus, transversale. Elle est poursuivie à gauche puis à droite le long du pilier droit, maintenu par un fil repère.

Passage en arrière de l'oesophage, on le dégage de la partie thoracique du hiatus en rasant la face profonde du pilier droit, le pneumogastrique droit suit l'oesophage.

Dégagement de la face abdominale du pilier gauche, commençant le décollement du sommet du mésogastre. Passage d'un lacs autour de l'oesophage. La sonde digestive permet d'apprécier, par la palpation, la souplesse de la paroi oesophagienne.

c - Contrôle de la région coeliaque.

Il comprend la découverte du tronc coeliaque, de l'origine des artères coronaire stomacique, hépatique et splénique et met en évidence l'isthme pancréatique.

d - Décollement coloépiploïque.

Le décollement va permettre le contrôle de la partie inférieure de l'isthme pancréatique, de sa queue, du pédicule mésentérique supérieur et de la région duodéno-jéjunale. Il n'y a guère de problème à droite ; l'artère gastroépiploïque droite est repérée.

Au centre, on découvre la zone de passage des vaisseaux mésentériques supérieurs en arrière du pancréas. A gauche, on recherche une éventuelle adhérence à l'angle duodéno-jéjunal. Le clivage de l'insertion gauche du mésocolon transverse est alors entrepris ; c'est le premier temps du décollement de la face postérieure du pancréas. L'angle colique gauche est abaissé, passage en arrière du pancréas.

e - Contrôle de l'isthme pancréatique et des vaisseaux spléniques.

Le passage en arrière du pancréas (fig. 6) amorce le décollement du mésogastre postérieur et permet le contrôle des vaisseaux spléniques. L'aspect des lymphatiques rétropancréatiques est noté : une distension des canaux est de mauvais augure.



Fig. 5 - Section du petit épiploon et libération de l'oesophage.

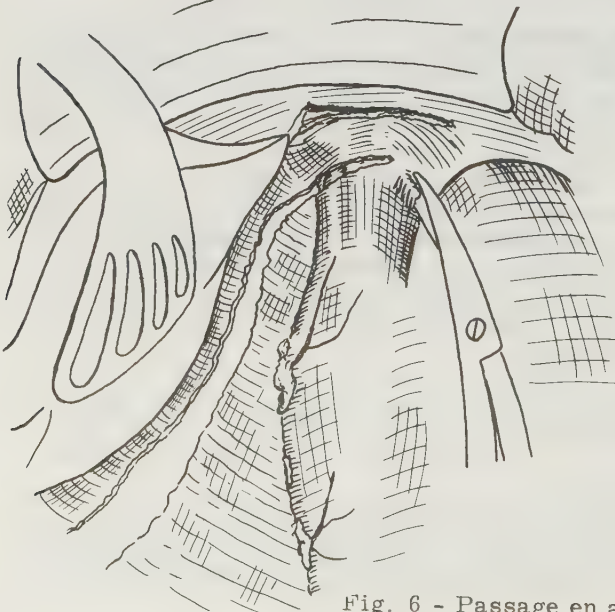


Fig. 6 - Passage en arrière du pancréas.

Leur blessure serait à l'origine d'une grande lymphorée. Des ganglions périaortiques suspects sont prélevés. Leur envahissement indiquerait que l'on est au delà d'une exérèse curatrice.

2 - LE SECOND TEMPS EST CELUI DES SECTIONS VASCULAIRES.

Nous avons vu qu'elles seront facilitées par le temps précédent. Successivement seront faites :

a - La ligature de la veine et de l'artère coronaire stomacique à son origine. Les derniers ganglions coronaires sont prélevés et éventuellement donnés pour examen histologique extemporané.

b - La section de ces vaisseaux ouvre un dièdre et grâce à la traction d'un lacs passé autour du pancréas on dissèque et lie l'artère splénique (Fig. 7).

c - En éversant le corps du pancréas décollé on découvre la veine splénique. Elle est liée. Le pancréas est coupé entre deux pinces de Kelly (Fig. 8).

d - La valve de Rochard est fixée sur le piquet de droite pour exposer la région duodénale. Ligature de l'artère gastropiploïque droite à son origine ainsi que l'artère pylorique.

Le duodénum est sectionné, souvent entre deux écraseurs, le bout distal sera donc ultérieurement recoupé.

e - La sonde oesophagienne étant remontée, un clamp de Sweet sans griffe prend l'oesophage, en restant assez près du cardia. Le clamp est placé de manière à ce que son manche soit du côté de l'aide.

f - Il ne reste plus qu'à décoller la pièce de la partie latérale, profonde, de l'hypochondre gauche. Le ligament suspenseur phrénogastrique est sectionné. La section de l'oesophage a amorcé le clivage et plutôt que d'attirer à soi la rate qui risque de se rompre et de souiller le champ, on décolle la pièce de dedans en dehors selon le plan du mésogastre. La pièce étant enlevée, un champ sec est tassé sous la coupole diaphragmatique gauche.

Ainsi dans cette façon de faire :

- on ne coupe aucun vaisseau sans être certain que tout sera résolu.
- la pièce est déconnectée sur place avant même d'y toucher.

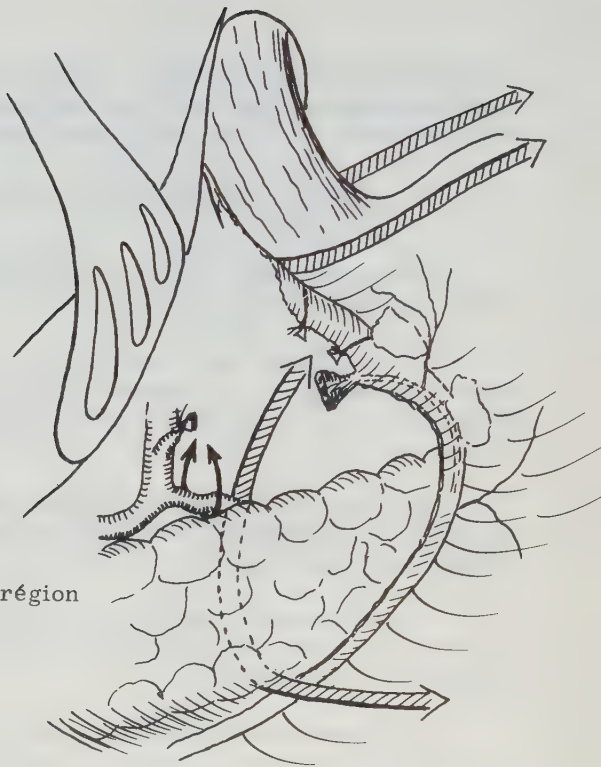


Fig. 7 - Contrôle de la région coeliaque.

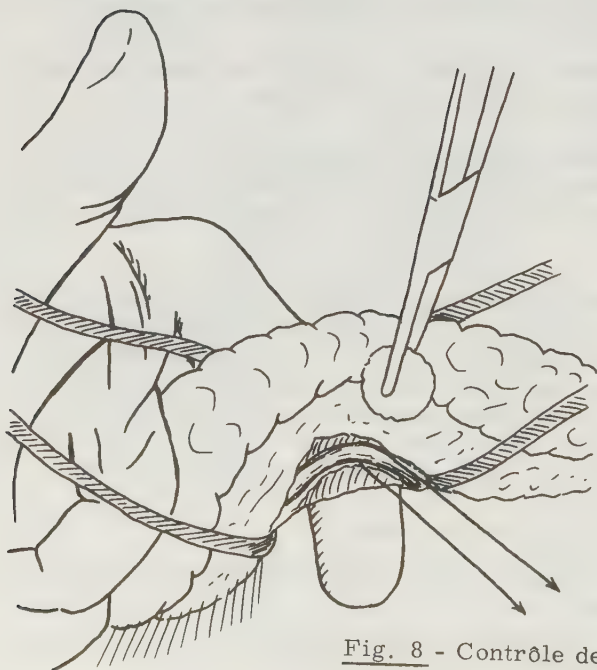


Fig. 8 - Contrôle de la veine splénique.

- Les ganglions où portent les ligatures, donc à la périphérie de l'exérèse, sont connus.

3 - L'EXERESE VA SE TERMINER PAR DEUX GESTES :

- l'élargissement de l'exérèse (et ses limites) dans la région coeliaque (problème du curage hépatique)
- la fermeture de la tranche de section pancréatique.

a - Le curage hépatique.

Dans plusieurs cas un curage complet du pédicule hépatique a été fait en présence de ganglions suspects de la chaîne hépatique. A la réflexion et en pratique, on ne fait plus de grand curage mais on prélève les ganglions douteux (hémostase sur pince) dans le but de préciser l'extension lymphatique.

Ce n'est pas le risque de blessure vasculaire qui fait abandonner ce curage, mais celui d'une importante lymphorée et semble t'il le peu de bienfait obtenu.

b - Fermeture de la tranche pancréatique (Fig. 9).

On fait une recoupe en deçà de la pince de Kelly avec hémostase progressive par points en X prenant la gaine périphérique du pancréas. Le wirsung peut être lié séparément.

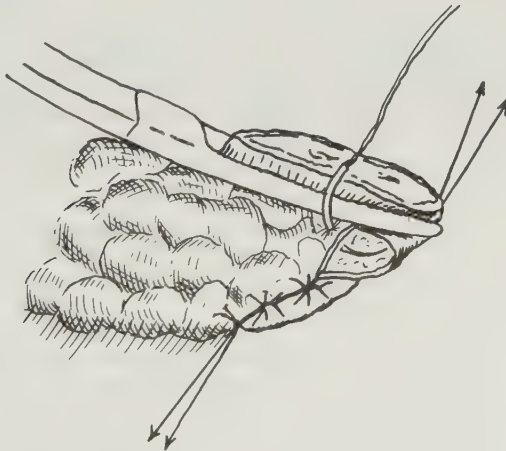


Fig. 9 - Fermeture de la tranche pancréatique.

4 - TROISIEME TEMPS : CELUI DE LA REPARATION.

La préférence pour le rétablissement de la continuité digestive est une anse jéjunale interposée, montée en transmésocolique.

a - Préparation de l'anse jéjunale (Fig. 10).

La valve de Rochard est placée vers le bas, exposant la région sous mésocolique. L'anse interposée aura environ 30 cm de long, suffisamment longue pour qu'il n'y ait pas de reflux duodéno-oesophagien. La disposition des vaisseaux mésentériques est étudiée en s'aidant de la transillumination. Il faut avoir une anse dont le méso est celui d'une anse en Y, limitant ainsi le risque vasculaire. La portion de grêle choisie est isolée par deux clamps souples. La première section intestinale et du méso (à une distance convenable de l'angle duodénojéjunal) est faite de façon à ce que l'extrémité proximale de l'anse atteigne facilement l'oesophage. Pour cela, il faudra sectionner l'arcade bordante, un pilier et refendre le méso avasculaire, lui donnant le maximum de longueur.

La seconde section est faite à 30 cm en aval. La coupe mésentérique sera limitée quant à sa profondeur, respectant l'arcade bordante. Cela permet d'obtenir un méso d'anse en Y, en continuité vasculaire avec le méso du grêle d'aval, mais à la condition de réséquer une courte portion intestinale afin d'obtenir la charnière suffisante pour l'anastomose duodéno-jéjunale.

L'anastomose jéuno-jéjunale sera immédiatement faite, au pied de l'anse, évitant ainsi des souillures par le liquide intestinal. La brèche mésentérique est fermée. Le mésocolon transverse est fenêtré, permettant le passage de l'anse et de son méso dans l'étage sus mésocolique. Le sommet de l'anse est fermé en un plan extramuqueux. (Fig. 11).

b - Confection de l'anastomose duodéno-jéjunale.

Cette anastomose est faite avant l'anastomose oeso-jéjunale pour deux raisons :

- le temps mis pour son exécution sert d'épreuve pour apprécier la bonne vascularisation de l'anse isolée qui se trouve dans sa position définitive.
- on préfère terminer par l'anastomose la plus délicate : oeso-jéjunale, ce qui évite des tractions intempestives.

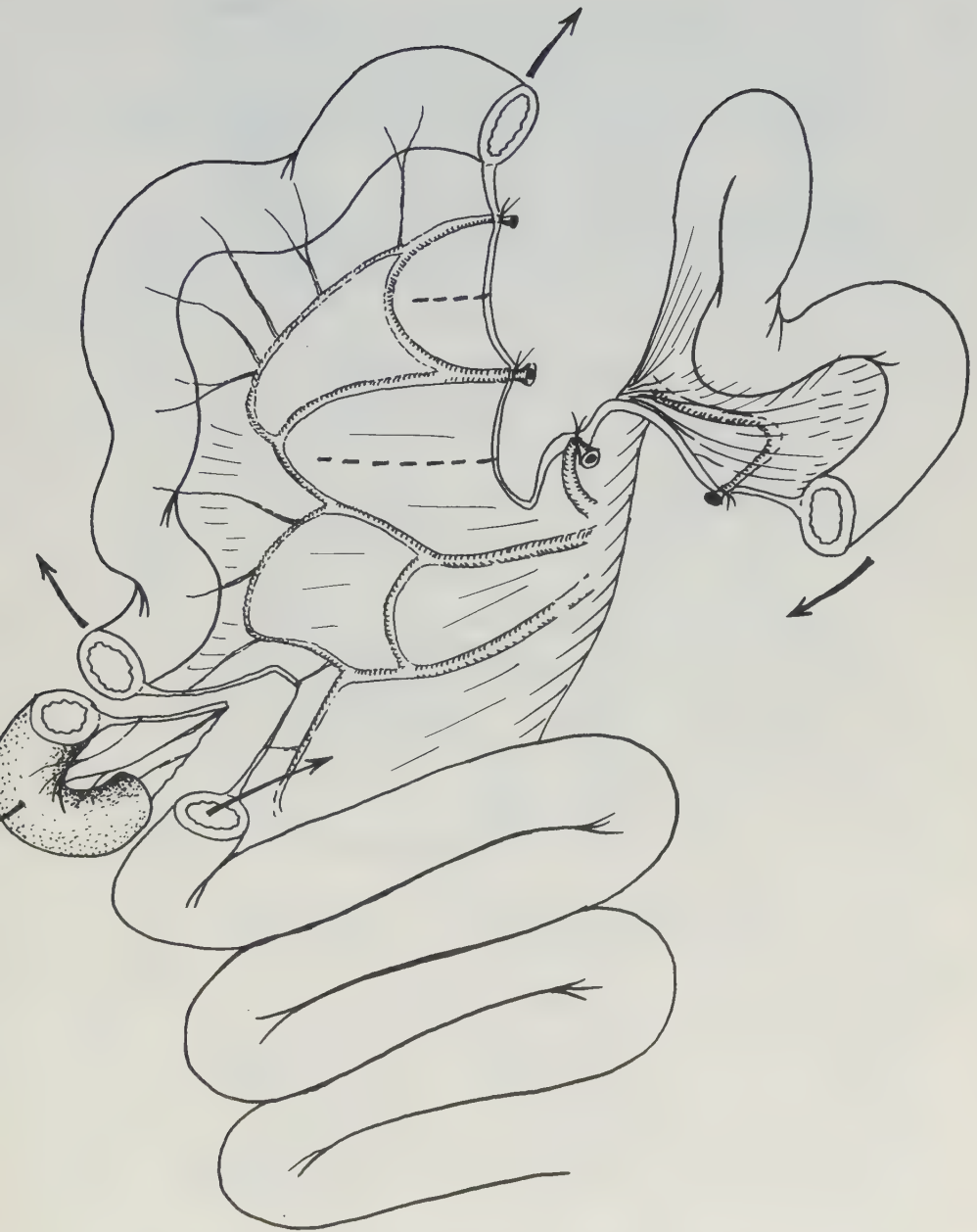


Fig. 10 - Préparation de l'anse jéjunale. Section des mésos.

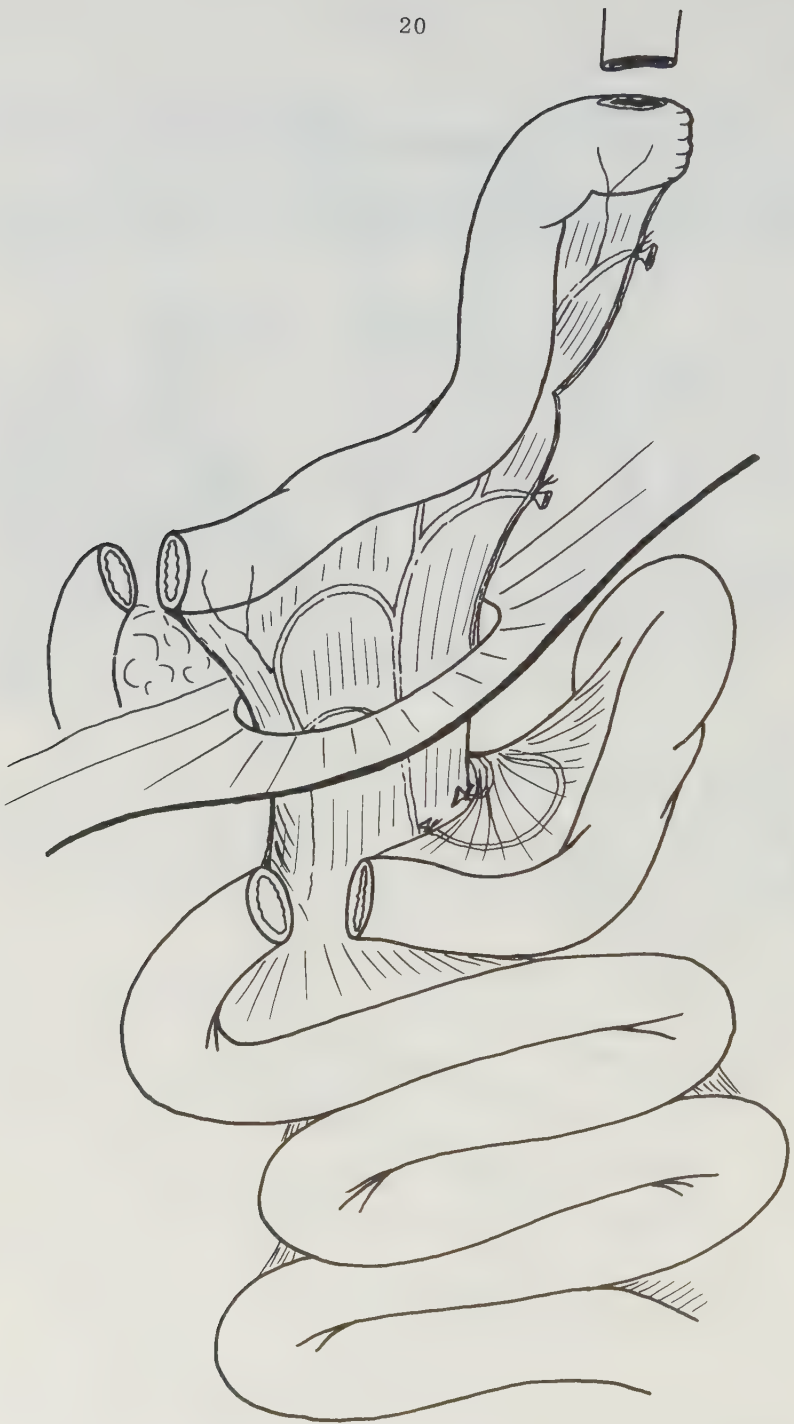


Fig. 11 - Aspect du montage.

c - Exécution de l'anastomose oesojéjunale.

La valve est maintenant placée en haut et à gauche. Le hiatus se trouve à environ 12 cm de la paroi. Le clamp de Sweet a son manche tourné vers l'aide.

L'oesophage est préparé, disséqué dans sa partie thoracique du hiatus en évitant de le peler. Cinq cm du conduit sont ainsi libérés. Les pneumogastriques sont sectionnés. L'aide expose la face postérieure de l'oesophage en imprimant une traction médiane sur le clamp le long de la coupole (Fig. 12).

- Le premier geste consiste à inciser l'oesophage et préparer la lèvre postérieure de l'orifice oesophagien, le clamp restant en place, servant d'instrument d'exposition car des fils de suspension risqueraient de couper.

Incision sur le bord de l'anse jéjunale près de la suture terminale pour éviter la constitution d'un cul de sac. Le moignon jéjunal est placé vers l'aide.

- Le second geste est l'exposition de l'orifice oesophagien. La sonde digestive qui avait aspiré le contenu de l'oesophage avant son incision restera près de l'orifice.

Pour voir la muqueuse et pour faciliter les déplacements de l'aiguille de suture, la lumière de l'oesophage doit être maintenue béante. On s'aide du clamp et d'une longue pince à disséquer dont les deux branches font office d'écarteur. Une "boulette" repérée par un fil peut aussi bien être introduite dans la lumière.

- La suture se fait en prenant l'oesophage en un plan total, au besoin en piquant de dedans en dehors et en un plan extra-muqueux sur le grêle en attrapant bien la sous muqueuse et ressortant dans la tranche de section muqueuse. Le plan postérieur est exécuté en premier (Fig. 13). Le grêle ne doit pas tirer. Un fil sur sa tranche antérieure ouvre sa lumière. Les fils sont passés de l'aide vers soi, ils sont noués à l'intérieur et gardés longs. Deux points d'angle sont placés en faisant une petite recoupe d'oesophage, puis le clamp est retiré et ce qui reste d'oesophage tracteur sectionné. Le plan antérieur commence.

Avant de nouer les derniers points de ce plan, la sonde oesophagienne est guidée jusque dans l'anse afférente.

- Le grêle ne sera pas suspendu à la coupole diaphragmatique. L'oesophage a tendance à monter et tire. Il

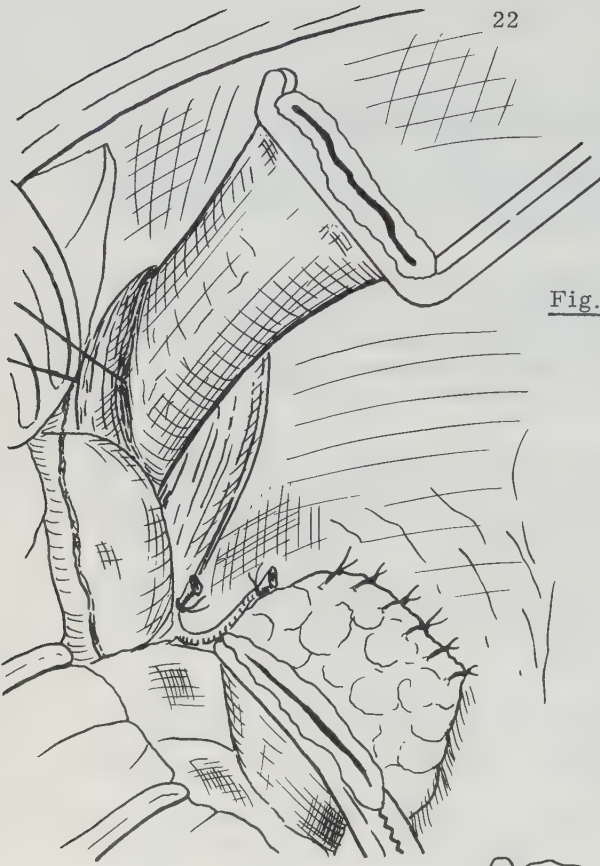


Fig. 12 - Exposition de la face postérieure de l'oesophage.

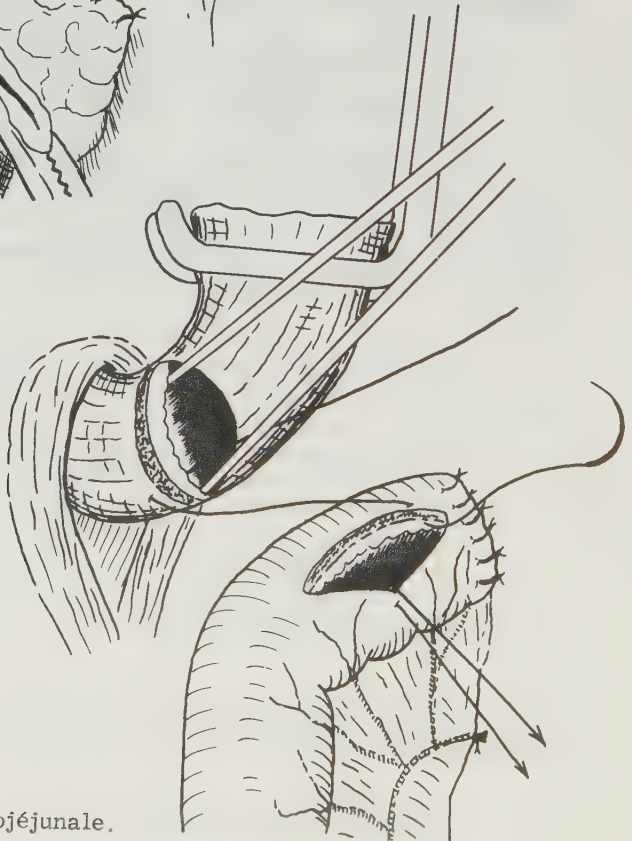


Fig. 13 - Suture oesojéjunale.

va se placer au dessus du hiatus. Les contrôles radiographiques montrent bien cette ascension de l'anastomose. Cela présente d'ailleurs des avantages pour la sécurité de la suture. Elle se trouve dans une niche limitée et non dans une vaste loge déshabitée sous phrénique gauche, difficile à drainer et où peut se collecter une lymphorée.

Par contre le méso de l'anse isolée est suturé au plan postérieur, en laissant une zone lâche entre l'apex et le dernier point mésentérique. Cette manière de faire évite les tractions du grêle sur la suture oesophagienne et prévient un volvulus de l'anse.

En dernier lieu on fermera la brèche existant entre le bord du méso de l'anse montée et le mésentère. On sera ainsi sûr de la bonne position de ce méso (fig. 14).

5 - FIN DE L'INTERVENTION.

a - Le drainage. (Fig. 14).

Le drainage pose des problèmes, car il existe une vaste zone déshabitée. Plusieurs procédés ont été utilisés.

- Primitivement, un drain tubulaire de caoutchouc n° 35 était utilisé. Son extrémité interne était fixée par un point de catgut au sommet de la coupole gauche. Il ressortait par une contre incision et s'évacuait dans une poche de plastic. Comme les mouvements respiratoires provoquaient un effet de soufflet dans le drain, il fut mis au bocal.
- Secondairement, insatisfait des méthodes de drainage, aucun drain n'est laissé en place.
- Actuellement :
 - . le colon gauche abaissé est remonté et fixé dans la cavité sous phrénique gauche afin de la combler.
 - . deux drains de Toti sont utilisés : le premier sortant par une incision sous costale gauche, court le long de la coupole diaphragmatique gauche, passe à proximité de l'anastomose mais sans avoir de contact avec elle. Le second passe sous le foie gauche et draine la région coeliaque.
 - . Ils sont raccordés à un bocal pour drainage thoracique, mis sous une dépression de moins 30 centimètres d'eau.

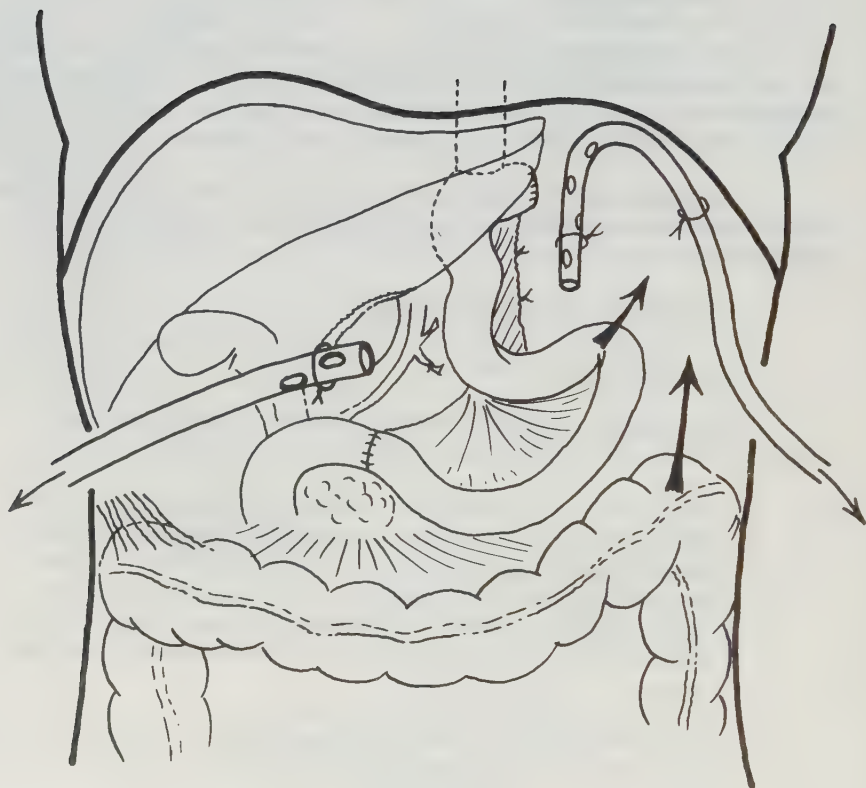


Fig. 14 - Drainage.

b - Le compte des champs et des compresses est vérifié.

La paroi est refermée plan par plan après avoir retiré le coussin.

c - La pièce est ouverte, examinée, photographiée.

La fiche destinée à l'anatomopathologiste est remplie.

6 - SOINS POST-OPERATOIRES

- Une sonde digestive est placée par crainte d'un reflux bilio oesophagien et pour éviter une mise en tension de l'anse interposée. Elle est retirée dès la reprise du transit. Si elle est prématurément arrachée, elle ne sera pas réintroduite.
- Les drains sont retirés vers le 3e, 4e jour.
- La gymnastique respiratoire est importante, d'autant que l'opéré est âgé.
- Des antibiotiques ne sont pas systématiquement prescrits. Si l'on craint une lymphorée, des antibiotiques banaux sont donnés.

IV - QUELQUES CAS PARTICULIERS.

=====

Nous avons vu que l'ordre des gestes importait peu. Il convient de rester docile au champ opératoire, si bien que l'on peut être amené à faire une gastrectomie totale élargie complètement inversée. Ce qui compte est la réalisation précise de chaque geste après contrôle des vaisseaux.

Comme cas particuliers nous retiendrons ceux concernant l'élargissement de l'exérèse, les contre-indications à l'exérèse, celui du mode de rétablissement de la continuité digestive.

1 - ELARGISSEMENT DE L'EXERESE.

L'exérèse sera élargie s'il existe des adhérences au foie, au méso-colon transverse, aux piliers du diaphragme, au pancréas. De même une tumeur volumineuse ne doit pas faire abandonner trop vite l'idée de l'exérèse.

a - L'élargissement peut être facile, telle une adhérence au méso-colon transverse faisant enlever une pastille de méso.

Si l'adhérence atteint l'arcade bordante une colectomie transverse devient nécessaire ; faite dans un premier temps, elle facilitera le passage en arrière du pancréas.

b - Une lobectomie gauche hépatique peut être nécessaire en raison d'une adhérence de la tumeur au foie gauche. Cette adhérence n'est pas forcément cancéreuse, le clivage de la capsule de Glisson permet de voir l'état du parenchyme hépatique. Ailleurs existe un bloc massif obligeant à une lobectomie monobloc. La tactique comprend alors les temps suivants :

- section du ligament triangulaire gauche.
- contrôle de l'oesophage en passant au-dessus des adhérences,
- contrôle de la région coeliaque.
- contrôle des possibilités de passage en arrière du pancréas.

Une fois ces contrôles effectués, la lobectomie gauche est entreprise.

c - Dans le cas d'une adhérence directe de la tumeur aux piliers du diaphragme, l'oesophage thoracique sera examiné par une incision diaphragmatique au-dessus du hiatus en se méfiant du péricarde.

d - L'élargissement peut se faire aux dépens, vers la droite, du pancréas. Le pancréas peut être sectionné au bord gauche de la veine porte ; mais l'existence d'adénopathies coeliaques rend ce geste sûrement non indispensable.

Une tumeur de la grosse tubérosité peut adhérer au plan profond.

Si l'adhérence est gauche, il est logique de faire une surrénalectomie gauche et de pénétrer dans la partie supérieure de la loge rénale. La section première du pancréas facilite la dissection.

Le cas est plus grave si les adhérences sont situées près de la ligne médiane ou si une adénopathie aortique paraît envahie. Ici se pose le problème de l'exérèse.

2 - CONTRE-INDICATIONS A L'EXERESE.

Les principales contre-indications résultent de l'existence

a - de métastases hépatiques. Une métastase unique reste exceptionnelle, il s'agit le plus souvent d'un foie parsemé de taches de bougie.

b - de granulations péritonéales.

c - de ganglions mésentériques envahis.

Si l'on peut être entreprenant vis à vis du volume et des adhérences de la tumeur, il faut rester circonspect lorsqu'il existe une dissémination péritonéale ou ganglionnaire (adénopathie aortique). Dans ces cas, on a pu être conduit à faire une exérèse véritablement de propreté devant une tumeur qui saignait et que l'on ne pouvait laisser en place sans risque immédiat.

3 - PROBLEME DU RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ DIGESTIVE.

Parmi les montages, la préférence est pour une anse interposée laissant le duodénum dans le circuit, ceci dans l'espoir d'avoir fait une gastrectomie curatrice, ce qui posera des problèmes d'ordre nutritionnel. Dans la série présentée existe un certain nombre de rétablissements de continuité par une anse en Y. Cette attitude était dictée par le souci d'éloigner le circuit digestif de la région suspecte d'une récurrence possible, comme par exemple le cas de tumeurs s'étendant loin vers la droite.

CONCLUSION.

=====

Pour conclure ce chapitre "technique" nous pensons que

1 - La voie abdominale pure est une voie suffisante.

Depuis 1963, 44 gastrectomies totales élargies ont été faites par cette voie qui a toujours suffi à effectuer cette intervention avec aisance et n'a jamais nécessité d'agrandissement vers le thorax. Ceci à condition d'apporter un grand soin dans l'exposition de la région sus-mésocolique en utilisant deux artifices essentiels : la mise de l'opéré sur un coussin et la traction par valve.

2 - Le fait de rétablir de préférence le circuit duodénal par une anse interposée selon le procédé décrit plus haut, n'allonge guère l'intervention que de la durée de la confection d'une anastomose. Cette anse n'a été à l'origine d'aucun accident, ni au niveau de l'anastomose duodénale, ni en ce qui concerne sa vascularisation.

3 - Elargir de principe la gastrectomie totale ne complique pas l'exérèse. Il n'est guère plus difficile ou plus long de faire une gastrectomie totale élargie à la rate et à la queue du pancréas que de faire une gastrectomie totale laissant en place ces deux organes.

Par contre, comme nous allons le voir à l'étude de la morbidité et de la mortalité, élargir le curage ganglionnaire très loin vers la droite, soit en y associant un curage complet du pédicule hépatique, soit en poussant très loin à droite la section du pancréas au point de mettre à nu l'aorte ce qui risque de blesser d'importants affluents lymphatiques, soit en poursuivant très haut le curage coronaire stomachique jusqu'à y associer un curage complet du tronc coeliaque, augmente certainement la possibilité de voir une grande lymphorée en post-opératoire et introduit un risque vital non négligeable.

Comme on peut de surcroît s'interroger sur l'efficacité de ces gestes, étant donné que s'ils retirent des ganglions envahis le pronostic est de toutes façons désespéré, le responsable de ces interventions a décidé d'y renoncer.

B - COMPLICATIONS ET MORTALITE OPERATOIRES

Il nous a paru logique d'étudier immédiatement après la technique ce qui constitue le résultat post-opératoire précoce, ou à l'inverse, mesurer les dangers de l'intervention à savoir la mortalité immédiate (celle du premier mois) ou encore la morbidité post-opératoire.

1 - MORTALITE OPERATOIRE.

La mortalité opératoire est de 8 décès pour 44 opérés (18 %)

Deux faits pourraient expliquer en partie ce chiffre élevé : l'âge des opérés et la nature de l'exérèse.

Avant 65 ans, il y a 2 décès pour 20 opérés (10 %) (n° 27, 33) et 6 décès pour 24 opérés (25 %) ayant plus de 65 ans (n° 6, 23, 28, 29, 30, 38) (Fig. 15). Statistiquement ces résultats ne sont pas significatifs et l'on ne peut retenir valablement l'âge comme ayant influencé ces décès. La cause des décès est connue 6 fois. Dans deux cas nous savons seulement que le décès est brutal survenant chez des sujets de 71 et 76 ans après des gastrectomies totales de propreté (n° 6, 28).

Les causes sont (Tableau II, p. 32) :

- Trois fistules oeso-jéjunales (n° 29, 33, 38) survenant deux fois avec des anses en Y. Dans un cas il s'agissait d'une linite dont la recoupe oesophagienne était envahie.
- Deux lymphorées (n° 27, 30). Dans un cas le curage avait été prolongé sur le pédicule hépatique et dans le second cas sur les ganglions aortiques.
- Une défaillance cardio-respiratoire à la suite d'une dégastro-gastrectomie totale élargie chez un homme de 81 ans (n° 23).

En conclusion : l'élargissement classique, s'il reste à gauche du rachis n'a pas été à l'origine de lymphorée ni de fistule pancréatique. Par contre l'élargissement du curage sur l'aorte et le pédicule hépatique s'est rapidement compliqué d'une lymphorée.

2 - SUITES SIMPLES.

Dans la majorité des cas les suites opératoires furent simples, les opérés sortant habituellement vers le 15e jour.

La voie abdominale joue certainement un rôle dans le confort post-opératoire et la simplicité des suites, moins douloureuses et sans l'inconvénient du drainage thoracique des thoracophréno-laparotomies. C'est pour cela qu'il semble que cette tactique permette d'élargir les indications des gastrectomies totales à une population âgée ; le nombre de malades de plus de 70 ans étant de 15 sur 44 (34 %). Une femme opérée en 1966 à l'âge de 80 ans est actuellement bien portante (n° 12).

Pour les cancers du corps gastrique, la gastrectomie totale, même si on l'élargie raisonnablement, conduite par voie abdominale pure est aujourd'hui un geste bien réglé. Elle sera à envisager même à un âge avancé s'il s'agit d'une exérèse de nécessité comportant un espoir curateur (absence de ganglions envahis ou de métastases en dehors de l'aire d'exérèse). Dans ces limites, on peut espérer que la mortalité opératoire ne dépassera pas les chiffres cités.

de cas

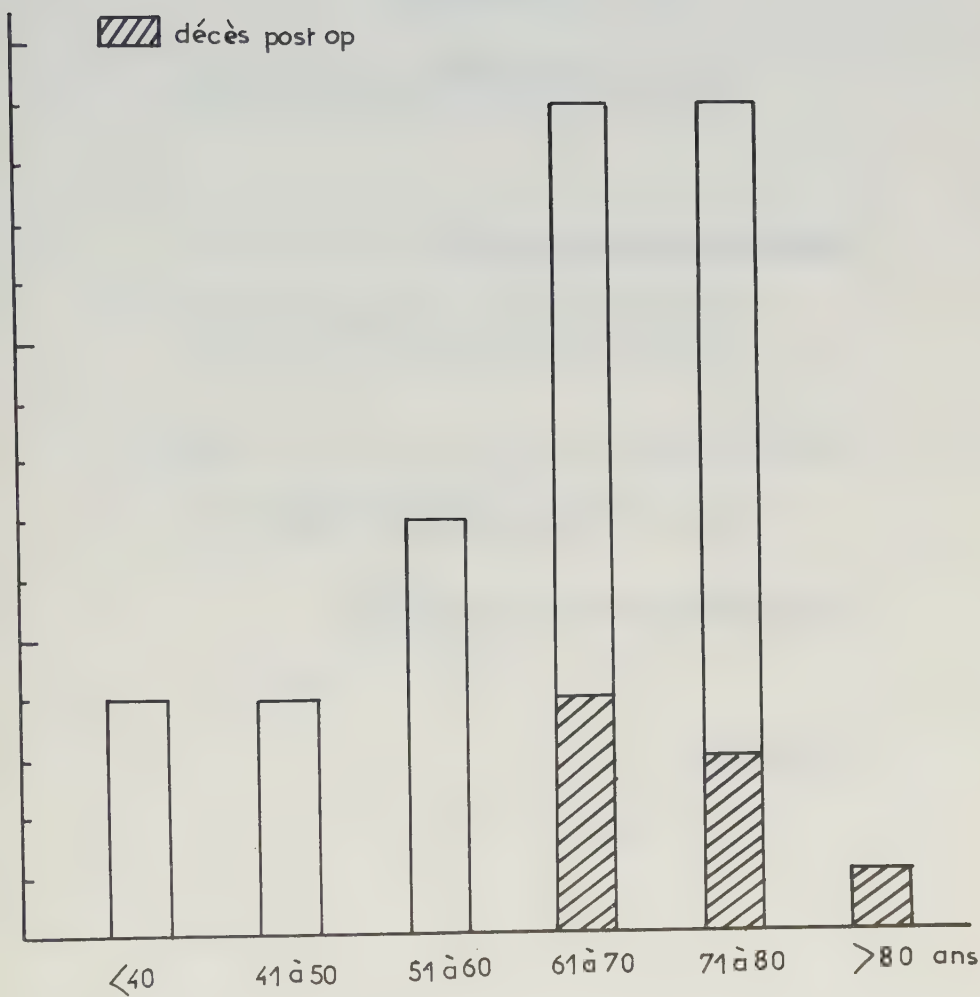


Fig. 15 - Décès opératoires selon l'âge.

Tableau IICAUSES DES DECES POST-OPERATOIRES3 FISTULES OESO-JEJUNALES

- 19e jour, anse en Y
- 7e jour, linite, anse en Y, recoupe oeso +
- 13e jour, cancer sur moignon, anse isolée

2 LYMPHOREES

- 6e jour, No, curage pédicule hépatique
- 43e jour, N++, linite, curage aortique

1 DEFAILLANCE CARDIO-RESPIRATOIRE

- 3e jour, cancer sur moignon, M 81 ans

2 INCONNUES

- 3e jour, F 71 ans, N++ M+
- 6e jour, M 76 ans, N++ M+

CHAPITRE II

RESULTATS

Nous analyserons les résultats selon le plan suivant :

A - RESULTATS GLOBAUX

- 1 - Méthodes d'expression
- 2 - Commentaires

B - RESULTATS EN FONCTION DES LESIONS

- 1 - Méthodes
- 2 - Résultats selon les groupes
 - Linites
 - Cancers sur moignons gastriques
 - Adénocarcinomes

C - CONCLUSION

A - LES RESULTATS GLOBAUX

Nous analyserons tout d'abord les résultats obtenus pour l'ensemble des 44 interventions.

1 - METHODES D'EXPRESSION.

Les résultats seront représentés en 4 tableaux successifs.

a - Le premier tableau (fig 16) est la représentation chronologique des interventions et de la survie des opérés. Il comprend en abscisse le temps s'échelonnant de la gauche vers la droite de 1963 à 1973. En ordonnée figure la liste des opérés depuis le plus ancien (n° 0) au plus récent (n° 43). Le mois de l'intervention et du décès éventuel est écrit en chiffres romains. Un chiffre arabe indique le nombre de jours de survie avant le décès post-opératoire.

L'année est lue sur l'échelle des abscisses, le temps de survie est une bande horizontale. Des hachures traduisent une récurrence. Le décès est un trait vertical.

b - Le second tableau (fig 17) est en quelque sorte une image en miroir du précédent. La référence est la durée de survie et non plus la date opératoire. C'est ce tableau qui permet de saisir aisément la survie et le recul. La longueur d'une bande horizontale blanche, rapportée à l'échelle donne le temps de survie ; l'apparition de hachures marque une récurrence, la partie noire restante est le temps écoulé depuis le décès. La longueur totale de la bande donne le recul.

c - A partir du tableau (fig 17) on peut construire l'histogramme des résultats (fig. 18). On élève une colonne du nombre des cas par année de recul (1 à 10 ans). Sur ces colonnes sont lus : le nombre total d'opérés, le nombre de survies mal connues, le nombre de décès post-opératoires et le nombre de survivants.

d - De cet histogramme on peut extraire une courbe exprimant l'évolution du pourcentage des survivants en fonction du recul

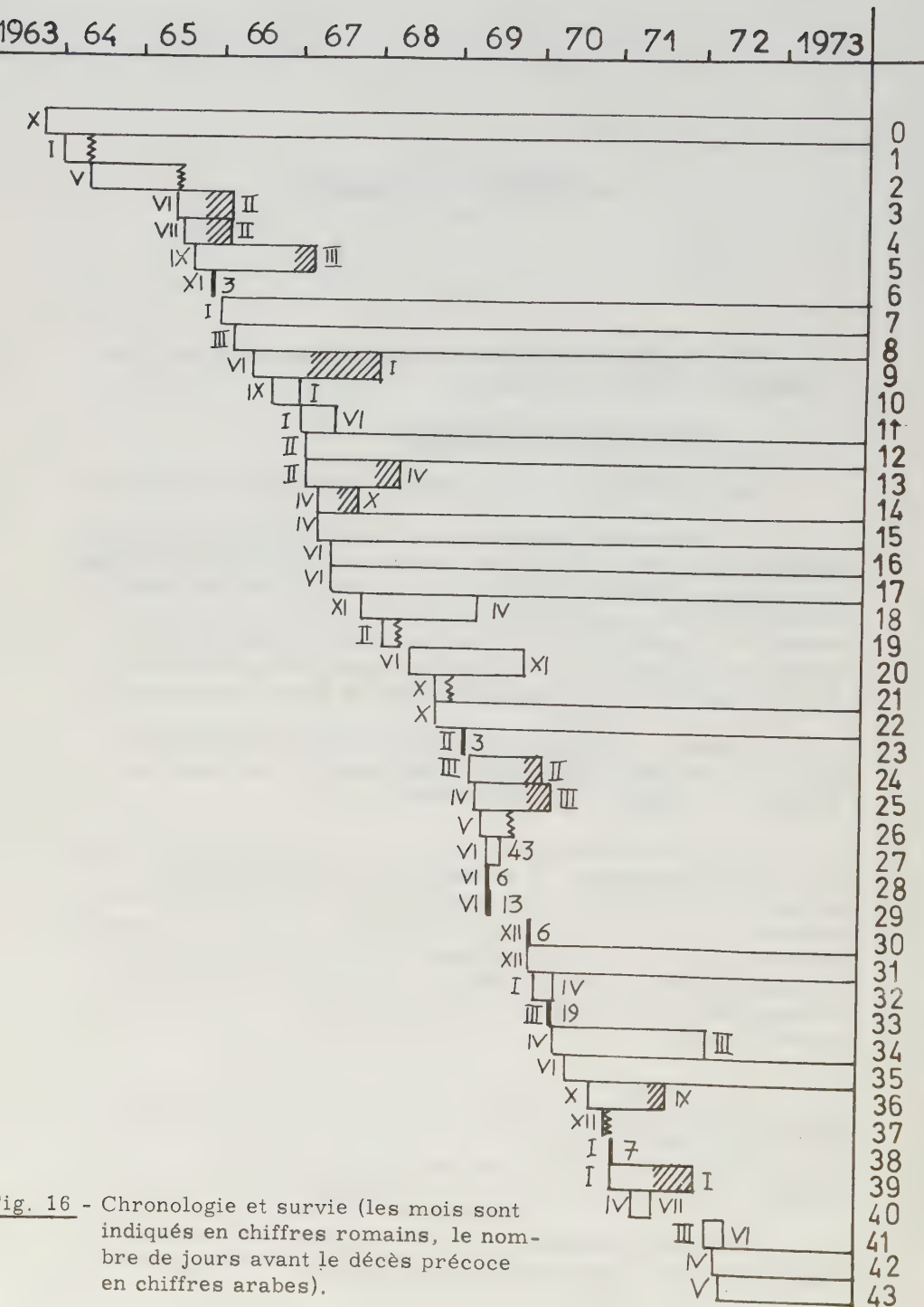


fig. 16 - Chronologie et survie (les mois sont indiqués en chiffres romains, le nombre de jours avant le décès précoce en chiffres arabes).

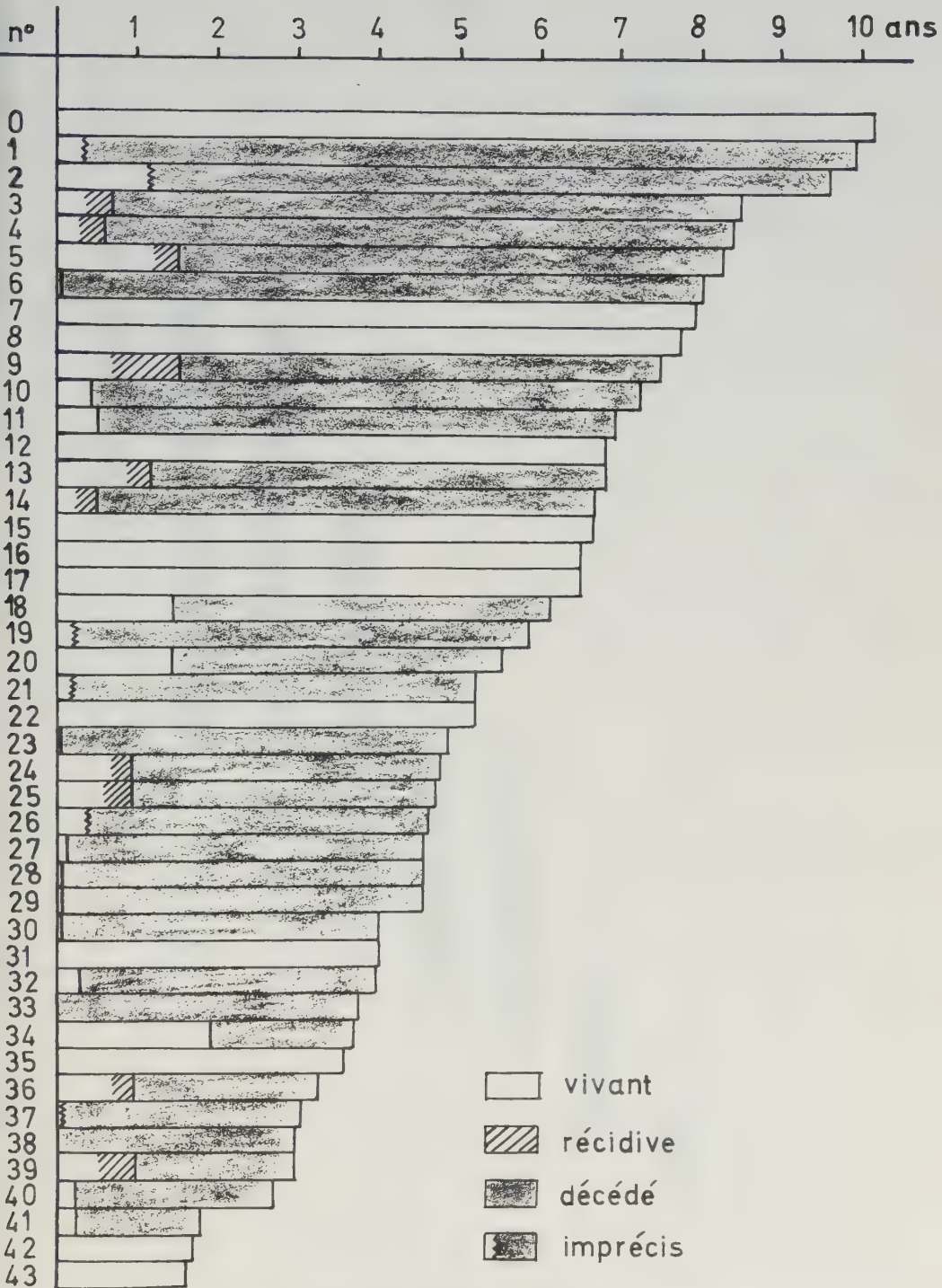


Fig. 17 - Survie et recul.

nb de cas

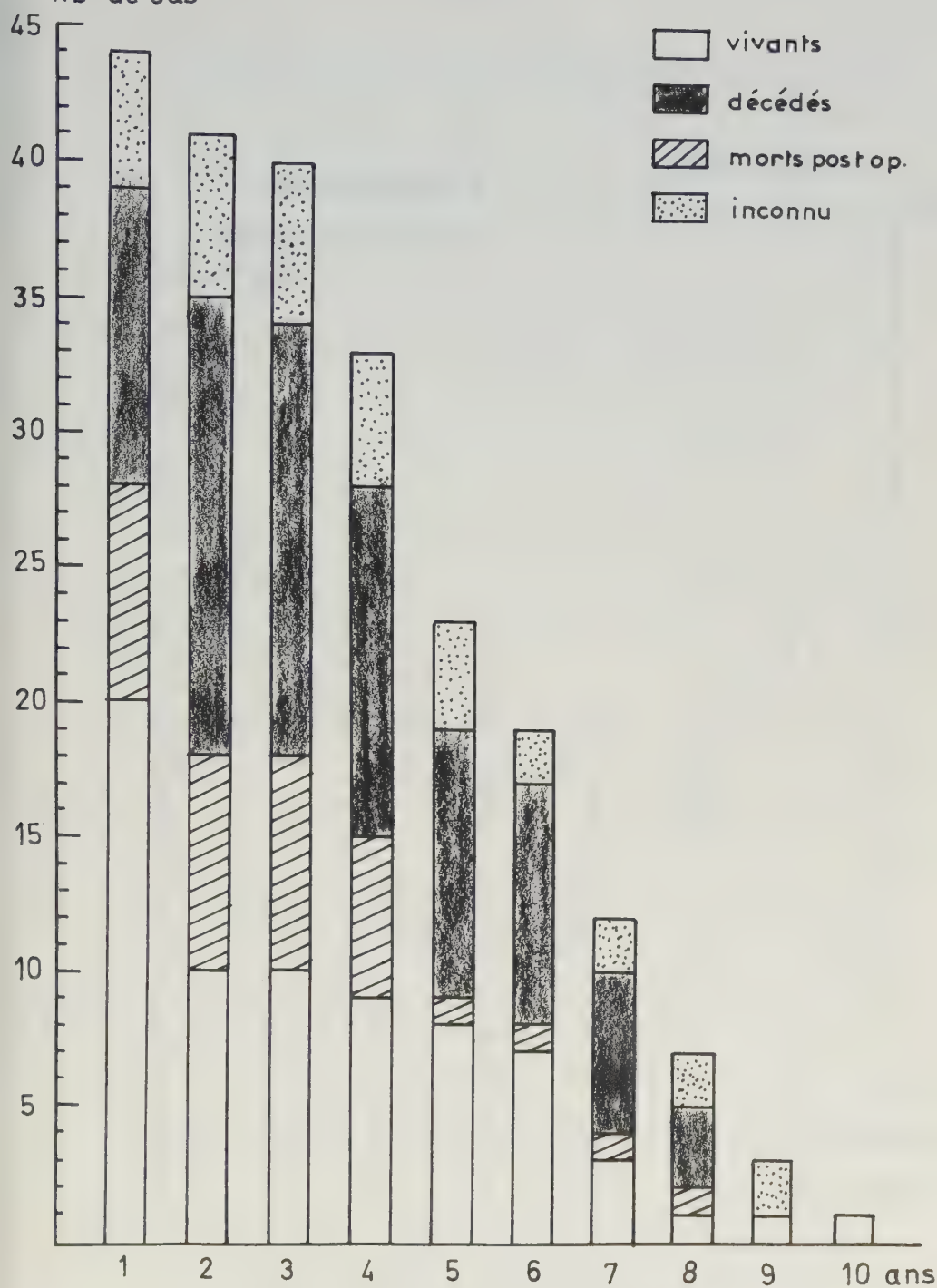


Fig. 18 - Histogramme des résultats.

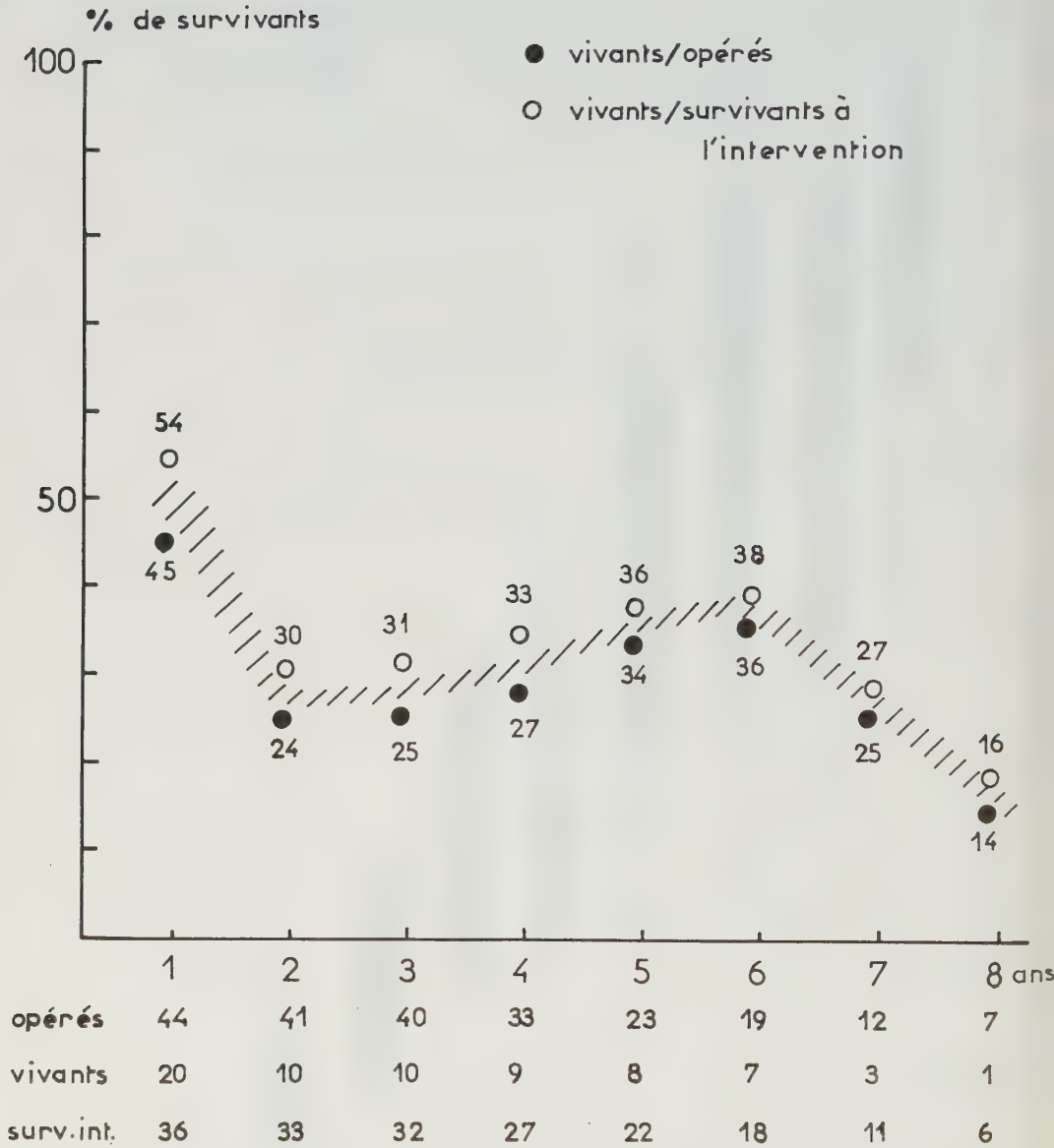


Fig. 19 - Survie en fonction du recul.

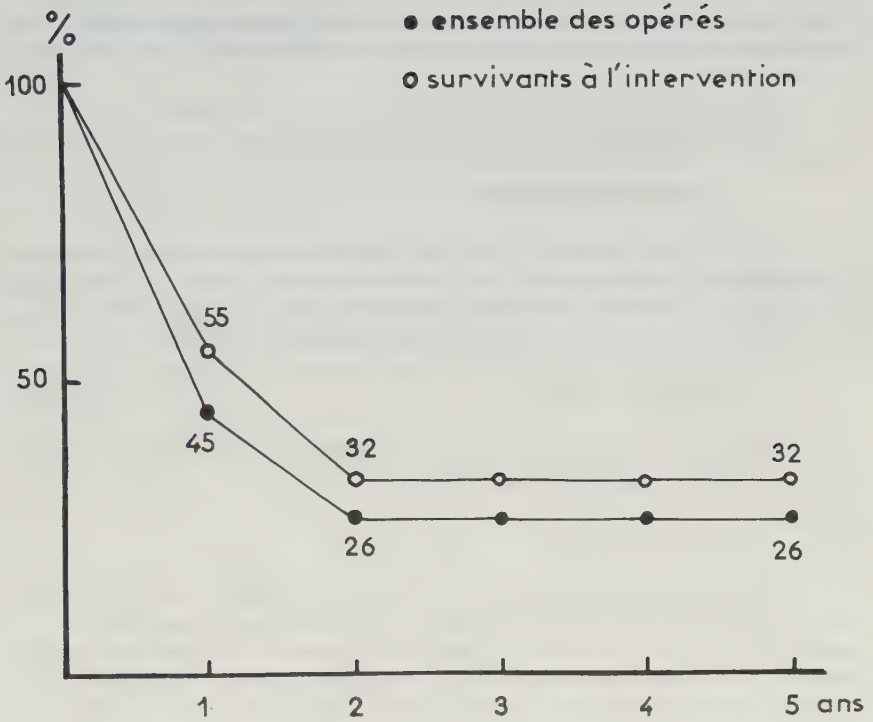


Fig. 20 - Courbe de survie actuarielle de l'ensemble de la série.

(fig 19). Il est bien entendu que ce dernier schéma n'est donné qu'à titre indicatif en raison du faible nombre de sujets entrant dans cette série.

Ce mode d'expression des résultats permettra, par la suite, de comparer dans ce groupe les différentes catégories de malades entre elles. Cela servira peut-être également à situer ce groupe par rapport à d'autres séries plus étoffées de la littérature.

e - Enfin nous donnerons la courbe actuarielle de survie de l'ensemble des opérés et des survivants à l'intervention (la survie actuarielle à n ans étant le produit des survies annuelles jusqu'à n). (Fig. 20).

2 - COMMENTAIRES.

a - Mortalité opératoire.

Les commentaires ayant été faits dans le chapitre précédent, remarquons simplement que la mortalité opératoire n'a qu'une faible influence dans les résultats à distance (fig 20 comparant les survies en tenant compte ou non des décès opératoires).

b - Survie à 2 ans.

Elle est de 10 vivants pour 41 opérés ayant ce recul (24 %) ; soit 26 % sur la courbe actuarielle.

c - Survie à 5 ans.

Elle est de 8 vivants pour 23 opérés ayant ce recul (34 %) ; soit 26 % sur la courbe actuarielle. La lecture de cette courbe montre une cassure située à l'abscisse 2 ans et l'on voit qu'à cette date il ne subsiste que le quart du contingent global des opérés. D'autre part le chiffre de 26 % ne varie plus dans le temps étant donné qu'il n'y a plus de décès du au cancer passé le cap de 2 ans.

Nous avons cherché à connaître la cause de cette mortalité secondaire. Pour 23 décès survenus après le premier mois et avant la fin de la deuxième année la cause est connue dans 13 observations. Malheureusement aucune autopsie ne fut faite.

Voici les termes trouvés dans les observations :

- récidive : 2 cas
- récidive avec carcinose péritonéale : 2 cas
- récidive avec métastases hépatiques : 1 cas

- récidence avec atteinte ganglionnaire sus claviculaire : 1 cas
- cachexie avec récidence très vraisemblable : 2 cas
- métastases hépatiques : 3 cas
- décès brutal avec peut être récidence : 1 cas
- évolution d'une maladie de Hodgkin et tuberculose pulmonaire : 1 cas.

Il apparaît alors que la cause principale d'altération des résultats n'est pas constituée par la mortalité opératoire, mais par la survenue de récidives dans les deux années suivant l'exérèse.

Il nous a paru intéressant de centrer nos efforts sur l'analyse des résultats en fonction des lésions plutôt que l'analyse des résultats en fonction de détails opératoires (qui concernent l'exérèse elle même ou les modes de rétablissement de la continuité).

Cette préoccupation était d'ailleurs présente dans la politique initiale de cette série dès son premier cas. Une correspondance la moins imparfaite possible avait été décidée entre l'anatomopathologiste et l'opérateur. A cet égard, ce qui va suivre peut être considéré non pas comme rétrospectif mais bien comme le bilan d'une entreprise prospective.

B - RESULTATS EN FONCTION DES LESIONS

1 - METHODES

a - Définition de l'étude anatomopathologique.

Tous les cancers de la série ont été étudiés selon un schéma préétabli comprenant plusieurs directives :

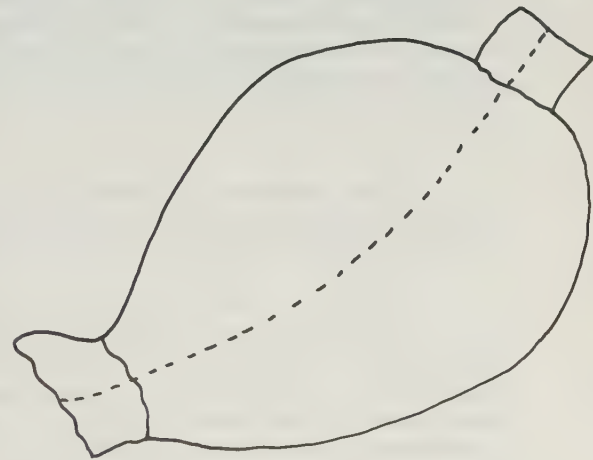
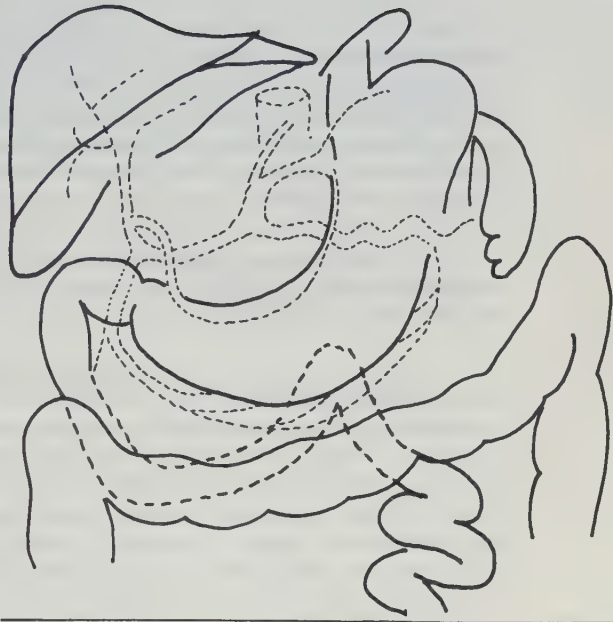
1 - Examen de la pièce fraîche, ouverte par l'opérateur, le plus souvent en fin d'exérèse et avant de rétablir la continuité (vérification qu'il n'y ait pas lieu de déplacer les recoupes oesophagienne ou duodénale en fonction des lésions constatées dans l'estomac). Les lésions mesurées sont reportées sur un schéma (fig 21).

2 - Vis à vis des lésions satellites : l'envahissement d'organe par contiguïté est noté sur le compte-rendu opératoire et reporté sur le schéma, ainsi que l'existence de métastases hépatiques ou péritonéales.

3 - Surtout une attention particulière est accordée aux extensions ganglionnaires et ceci de deux façons :

- au cours même de l'intervention (cf. ch. technique).
L'examen extemporané des ganglions suspects des extrémités pédiculaires de la pièce permet de se rapprocher le plus possible d'une définition lucide de l'adjectif qualifiant l'exérèse.
- chaque pédicule sur la pièce fraîche étant repéré par un fil gardé long, les ganglions sont disséqués et étiquetés. Les curages sont inscrits sur une nomenclature de la feuille de correspondance. La réception du résultat de l'étude anatomopathologique de la pièce va alors permettre d'avoir une définition de la lésion enlevée, non seulement quant au caractère de la nature de la tumeur mais aussi pour dresser la carte de l'envahissement ganglionnaire éventuel.

NOM			
Age	♂ ♀	DATE	
EXERESE			
TUMEUR type			
Ø			
stade		N	M
RECOUPES			
GANGLIONS			
prélèv. curage		nombre	histo
aorte			
T.C.			
C.S.			
P.C.			
Spl.			
G.C.			
Pyl.			
G.D.			
Hépat.			
C.			
P.			
Mésent.			
FOIE		D	G
PERITOINE			
ORGANES VOISINS			
CONCLUSION		macro	histo



PHOTOS fraîche fixée

Fig. 21 - Feuille de renseignements anatomopathologiques.

b - Discussion des qualificatifs de l'exérèse.

- Exérèse à espoir curateur ou exérèse de propreté ?

Il a pu arriver de savoir déjà en salle d'opération que l'exérèse entreprise n'était que de propreté. Ainsi quatre fois une gastrectomie totale élargie a été faite "quand même" alors qu'il existait des métastases hépatiques et que la tumeur était hémorragique. Dans les autres cas l'examen extemporané répondait que les derniers ganglions pédiculaires étaient envahis et que la seule justification du geste n'était que le rétablissement temporaire du circuit digestif interrompu par une grosse tumeur.

Dans de tels exemples nous appelons ces interventions des gastrectomies de propreté et nous verrons que l'on peut tout à fait en discuter l'opportunité.

Ces cas mis à part, il paraît totalement dangereux de vouloir étudier le résultat des survies ou la survie en fonction des lésions en se basant sur des hypothèses plutôt que la certitude. C'est pourquoi, dans cette série, c'est en fonction non pas des impressions de l'opérateur, mais en fonction de l'enquête anatomopathologique menée selon la méthode exposée plus haut que nous avons classé les exérèses de la manière suivante : exérèse à espoir curateur quand il n'existe ni métastase décelable opératoirement, ni envahissement ganglionnaire n'atteignant ne serait-ce qu'un seul ganglion terminal sur un pédicule, ni envahissement par contiguité au delà duquel l'exérèse ne serait pas passée. Si l'une de ces trois conditions n'est pas réunie nous classons l'exérèse sans espoir curateur (correspondant dans la série aux cas N++). Cette méthode est contraire à l'habitude de beaucoup et a demandé des efforts au responsable de cette série.

Nous prendrons un exemple pour illustrer ce qui précède. Il s'agissait d'une énorme tumeur mais dont le compte-rendu anatomopathologique apporte des éléments optimistes.

Cas n° 16. Femme de 52 ans. Douleurs épigastriques depuis un an. Amaigrissement de 8 kg. Il existe une tumeur ulcéro végétante de 10 x 8 centimètres de la partie haute de la petite courbure. Cette tumeur adhère au foie, au pilier gauche du diaphragme et paraît difficilement mobilisable sur le plan postérieur. Un examen histologique extemporané répond que le dernier ganglion coronaire stomachique, des ganglions latéro oesophagiens, le dernier ganglion gastro-épiploïque droit et la recoupe oesophagienne ne sont pas envahis. L'exérèse réalise une gastrectomie totale élargie aux segments hépatiques gauches, au pilier gauche du diaphragme. Un curage coeliaque et de l'artère hépatique (commune et propre) est fait. Le rétablissement de la continuité utilise une anse interposée.

Histologiquement il s'agit d'un adénocarcinome différencié, colloïde muqueux avec un seul ganglion envahi au contact de la tumeur (N +o). Le recul actuel est de 7 ans.

c - Classification des cancers.

Nous diviserons les cancers de notre série en catégories comprenant d'une part les linites et d'autre part les autres adénocarcinomes (qu'ils soient différenciés ou non) réalisant une entité où il est impossible de faire des distinguo. Il n'y a qu'un seul cancer muco-érosif.

Par contre nous distinguerons les adénocarcinomes survenant sur un estomac "intact" des adénocarcinomes apparaissant sur des moignons gastriques en raison de la disparité des résultats obtenus.

Quant aux ganglions nous appelons :

No : les formes où il a été impossible à l'anatomopathologiste de trouver des ganglions envahis.

Parmi les formes avec envahissement ganglionnaire il a semblé intéressant de chercher s'il existait des différences de résultats selon que l'envahissement se limitait à quelques ganglions proches de la tumeur (les derniers ganglions pédiculaires étant indemnes), formes que nous appelons : N+o et les formes où ne serait-ce qu'un seul ganglion pédiculaire était envahi : N++. Cette constatation implique alors la dénomination de l'exérèse : "sans espoir curateur"

ETUDE DES LINITES

=====

Introduction.

Les linites, dans leur forme typique, réalisent une entité macroscopique et histologique. Ce sont des cancers infiltrants, épaississant la paroi gastrique qui devient dure, atteignant tout ou partie de l'estomac. Le type histologique comporte des petites cellules indépendantes dans 80 % des cas, mais il existe aussi des associations avec des cellules colloïdes.

Nous en avons 8 cas, ce qui représente 18 % de la série (n° 10, 18, 20, 25, 27, 38, 40, 43).

1 - Données générales.

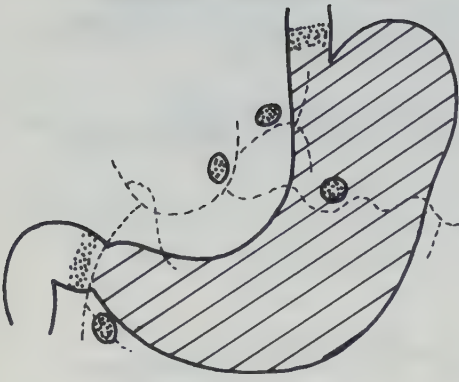
Les opérés sont 5 hommes et 3 femmes. Leur âge est compris entre 56 et 76 ans avec 5 cas de 61 à 66 ans.

Douleurs et amaigrissement sont les premiers signes révélateurs, datant 4 fois de plus de un an (n° 10, 25, 27, 43). Dans un cas (n° 38) une énorme tumeur est palpée, elle paraît encore mobile (No, mais recoupe oesophagienne et duodénale envahies).

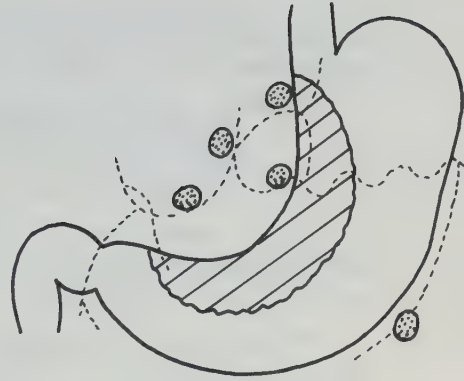
Les radiographies sont toujours évocatrices et ne laissent pas de doute sur le diagnostic. Mais pour un homme de 76 ans (n° 40), la découverte est opératoire : lors d'une résection recto-sigmoïdienne pour une tumeur villeuse suspecte de dégénérescence et sécrétant considérablement, on palpe une infiltration de toute la paroi gastrique.

4 fois des oesophagoscopies sont faites, devant l'extension radiologique des lésions, afin de connaître l'intégrité ou non du cardia.

Pour le n° 25, la fibroscopie ne permet pas de conclure, les biopsies sont négatives. Ces éléments ne sont cependant pas contre le diagnostic de linite.



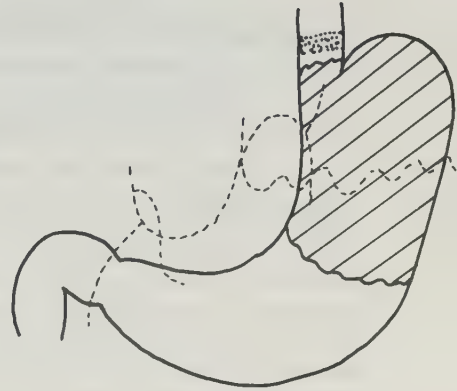
n° 10-18-38-40



n° 20-27



n° 43



n° 25

envahissement _ pariétal



_ ganglionnaire



_ de la recoupe



Fig. 22 - 8 linites. Schéma des lésions.

Pour le n° 43, il existe une plage de muqueuse remaniée sur la petite courbure verticale, limitée par un bourrelet suspect et semblant correspondre à un épithélioma superficiel.

2 - Données opératoires et anatomopathologiques.

Survie en fonction des diverses caractéristiques de ces tumeurs.

a - L'exploration opératoire confirme l'impression radiologique devant l'épaississement de la paroi gastrique. (épaisseur de 10 à 20 mm en moyenne).

La lésion s'étend dans 4 cas à tout l'estomac (n° 10, 18, 38, 40). 4 fois la lésion est localisée, mais justiciable d'une gastrectomie totale de nécessité, dans 2 cas (n° 20, 27) à toute la petite courbure débordant sur les deux faces ; dans un cas (n° 43) elle atteint les deux faces du corps gastrique et enfin (n° 25) toute la moitié supérieure de l'estomac est épaissie. (Fig. 22).

b - Deux fois l'exérèse est palliative.

- car il existe une dysphagie et reste la seule solution pour rendre un transit (n° 10), survie : 4 mois.
- car il existe un envahissement ganglionnaire important avec atteinte des ganglions latéro-aortiques (n° 27), survie : 43 jours.

c - Dans les autres observations, l'exérèse est faite sans difficulté et pour le n° 20 (56 ans) des espoirs étaient permis : l'opérateur passe à distance des lésions, un seul ganglion au contact de la tumeur est envahi. La survie est de 18 mois. Il existait des métastases en "manchon" de la paroi colique transverse et sigmoïdienne lors d'une réintervention pour occlusion.

d - Le rétablissement de la continuité est réalisé par 5 anses interposées et 3 anses en Y (n° 10, 25, 38) pour les formes particulièrement étendues (recoupes envahies).

Il y aura une fistule oeso-jéjunale (n° 38, recoupe oesophagienne envahie).

e - Les décès précoces post-opératoires sont au nombre de deux.

Dans le premier cas (n° 27, N++ ganglions latéro aortiques envahis) survient brutalement le 8e jour un tableau de péritonite. Réintervention et découverte d'un abondant épanchement lymphatique, infecté (pas de fuite digestive, moignon pancréatique normal) secondaire au grand curage. Décès le 43e jour.

Dans le second cas (n° 38) décès le 7^e jour lors d'une réintervention pour une fistule anastomotique d'une anse en Y.

f - Les suites immédiates sont simples 6 fois et même très simples 2 fois (n° 10, 20).

Trois malades seront réopérés (n° 10, 18, 20). L'intervention découvrant une récurrence cancéreuse.

- n° 10 : exérèse palliative, N++, recoupe duodénale envahie. Réintervention deux mois et demi plus tard pour un syndrome occlusif. Un bloc soude le colon transverse à la paroi, des granulations recouvrent le coecum. Décès au 4e mois.
- n° 18 : N+o, les conditions de survie sont bonnes jusqu'au 15e mois. Le 17e mois, réintervention pour sténose haute due à la compression de l'anastomose jéuno-duodénale par un nodule de la tête pancréatique. Décès.
- n° 20 : nous avons vu le cas de cet homme présentant un envahissement péricolique.

g - Finalement un seul opéré (n° 43) est actuellement vivant avec un recul de 18 mois.

Tous les autres sont morts avant la fin de la deuxième année.

h - Atteinte ganglionnaire.

Elle est la suivante :

No :	2 cas (n° 25, 38)
N+o :	2 cas (n° 18, 20)
N++ :	4 cas (n° 10, 27, 40, 43).

Les deux cas No sont une limite généralisée et une limite localisée à la moitié supérieure de l'estomac. Survie 7 jours et 9 mois.

Pour le n° 38 il est à noter un envahissement du tissu adipeux de tous les méso.

Les deux cas N+o sont une forme généralisée et une forme localisée. Survie 17 et 18 mois.

Les 4 cas N++ sont 2 formes généralisées et 2 formes localisées ; un opéré est actuellement vivant.

Les groupes ganglionnaires touchés sont :

- coronaire stomachique : 6 fois
- grande courbure : 3 fois
- coeliaque : 1 fois
- splénique : 1 fois
- hépatique : 1 fois
- latéro aortique : 1 fois.

i - La recoupe oesophagienne est envahie 2 fois (n° 25, 38) ainsi que la recoupe duodénale (n° 10, 38). 2 cas sont No, il y aura une fistule de l'anastomose oesojéjunale. La survie est de 9 mois maximum.

Conclusion.

Malgré le petit nombre de cas, cette série confirme le pessimisme général quant aux limites, du moins pour les formes étendues.

Le tableau comparant l'étendue de la tumeur, l'atteinte ganglionnaire et la survie permet de dire :

1 - Que le pronostic est tellement fâcheux (aucune survie au delà de deux ans) qu'on ne peut tirer aucun espoir dans une classification différenciant les limites à ganglions indemnes de celles à ganglions envahis (tableau III).

2 - Que l'on ne trouve aucune corrélation entre l'étendue de la tumeur et l'importance de l'atteinte ganglionnaire.

On ne pourra donc parler de gastrectomie avec "espoir curateur".

Ce groupe représentant un cinquième de la série peut modifier les résultats de l'ensemble de nos cancers. C'est donc une incitation à en faire une entité à part. Nous aurons la même attitude avec les cancers sur moignons.

limites	nombre	No	N+o	N++
localisées	4	1	1	2
généralisées	4	1	1	2

Tableau III - limites et envahissement ganglionnaire.

ETUDE DES DEGASTROGASTRECTOMIES TOTALES

=====

ELARGIES POUR CANCERS SUR MOIGNONS

=====

Ce groupe comprend 8 cas d'une intervention particulière : la dégastrogastrectomie totale élargie. Que la gastrectomie initiale ait été faite pour des lésions bénignes ou malignes, le pronostic, on le verra, est particulièrement sombre.

1 - Données générales.

a - Il s'agit de 6 hommes et 2 femmes, le plus souvent âgés ; 4 d'entre eux se situant dans la colonne des 71-80 ans. Les âges extrêmes sont 35 et 81 ans, la médiane est à 72 ans.

b - La gastrectomie initiale :

- 5 fois la gastrectomie initiale est faite pour un ulcère. (Fig. 23).

Toutes les interventions primitives datent de plus de 15 ans.

n° 23 : finsterer en 1951 (recul 17 ans)

n° 32 : polya en 1946 pour ulcère de la petite courbure (recul 23 ans).

n° 36 : finsterer en 1936 (recul 34 ans).

n° 37 : finsterer en 1955 (recul 15 ans).

n° 41 : finsterer en 1954 (recul 15 ans).

- 3 fois la gastrectomie était faite pour un cancer. (Fig. 24).

n° 4 : cancer de l'antre. Finsterer il y a 3 ans.

n° 26 : linite. Finsterer datant de 18 mois.

n° 29 : adénocarcinome colloïde muqueux. Polya datant de 4 ans.

c - Aspects cliniques et endoscopiques.

Cliniquement il existait 3 fois un tableau de sténose de la bouche, 4 fois un amaigrissement important et dans un cas des douleurs intenses. 3 fois une gastroscopie est faite et confirme un aspect radiologiquement suspect (n° 36, 37). Elle montre l'importance de l'extension des lésions et l'intégrité du bas oesophage, malgré l'envahissement du cardia (n° 37).

d - Constatations opératoires.

- 4 fois sur 5 la totalité du moignon des gastrectomies pour ulcère est envahi.

n° 23 : tumeur bourgeonnante occupant la totalité du moignon, s'arrête à la bouche inférieure et remonte jusqu'au cardia.

n° 32 : toute la paroi est épaisse de 15 à 20 mm.

n° 36 : moignon presque entièrement tumoral, épais de 2 cm ; la tumeur déborde légèrement sur l'anse efférente.

n° 37 : vaste ulcération occupant toute la hauteur de la petite courbure et envahissant le bas oesophage.

n° 41 : paroi gastrique indurée et épaissie. Plis conservés. Ulcération de 15 mm de diamètre au contact de l'anse efférente.

- 2 fois sur 3 dans les moignons de gastrectomie pour cancer la tumeur se limite à la bouche anastomotique.

n° 4 : ulcération de la bouche prédominant sur le bord postérieur.

n° 26 : induration de la bouche avec aspect lardacé de la paroi musculaire.

n° 29 : moignon presque totalement envahi par une tumeur ulcéro-végétante. La prolifération s'arrête sur la bouche.

e - Décision de l'exérèse et de son étendue.

En l'absence de métastases et avec la possibilité de passer à la périphérie des lésions, l'exérèse est possible 6 fois. Dans 2 cas sera associée une colectomie transverse (n° 4, 26) ; 2 fois une pastille de mésocolon transverse est enlevée (n° 36, 37), 1 fois les piliers du diaphragme sont entamés et le bas oesophage sectionné (n° 37). Enfin une résection du grêle est nécessaire (n° 26).

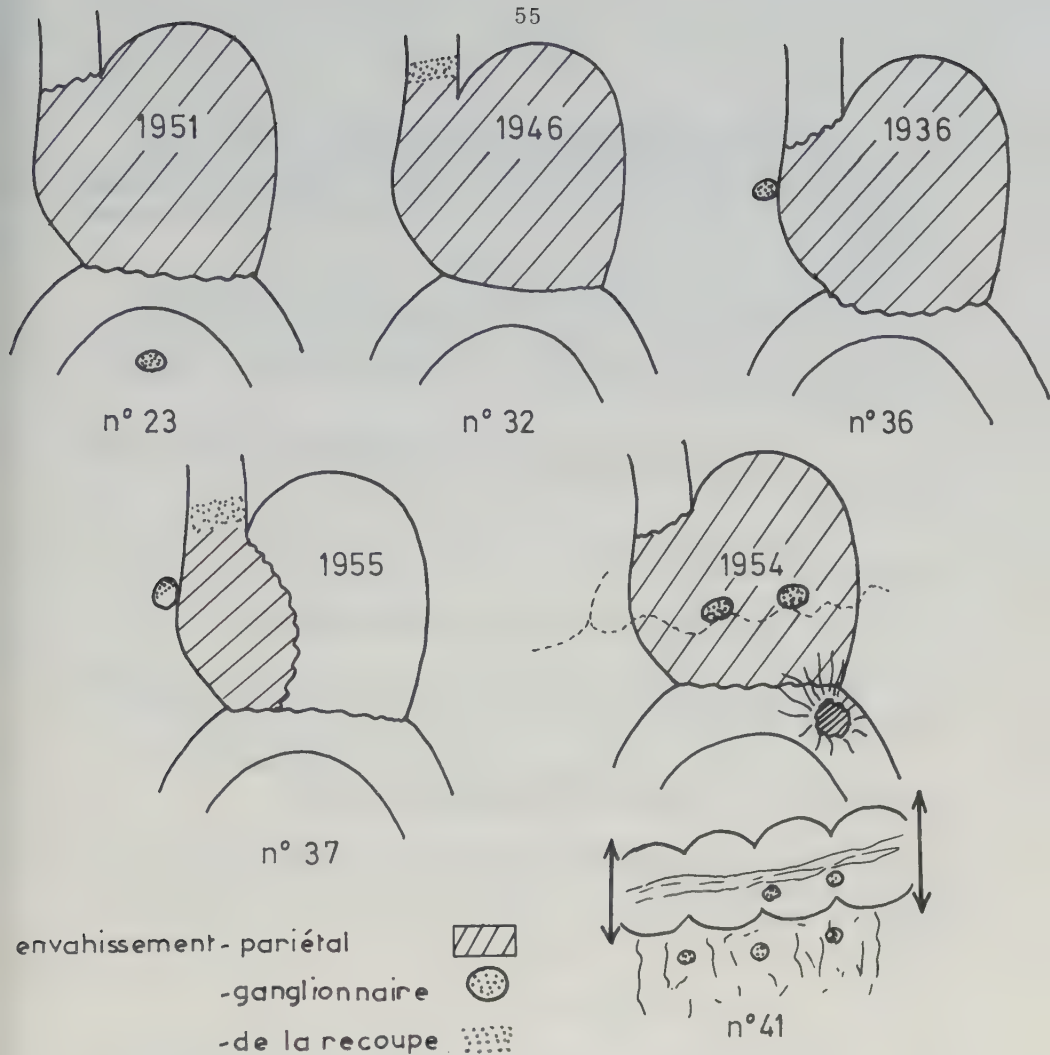


Fig. 23 - Cancers sur moignons d'ulcère. Aspect des lésions.

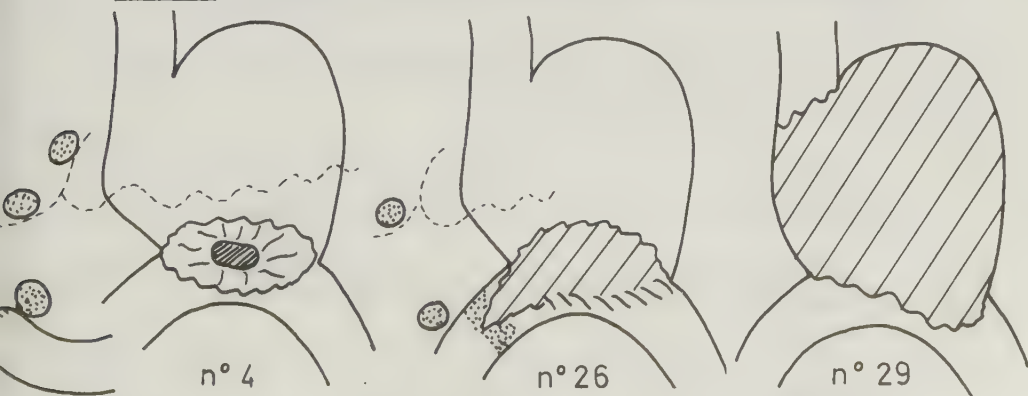


Fig. 24 - Cancers récidivés sur moignons. Schéma des lésions.

Par contre dans deux cas (n° 32, 41) l'intervention est palliative car il existe des granulations tumorales sur le colon transverse à l'examen extemporané (n° 41). L'exérèse est décidée en raison des douleurs (n° 32) ou pour permettre une alimentation (n° 41).

Dans ces deux cas, il est nécessaire d'enlever du colon transverse, du jéjunum, du parenchyme hépatique gauche, enta-mer les piliers, et enlever de la surrénale gauche et le bas oeso-phage pour le n° 32.

f - La continuité digestive est rétablie par 4 anses isolées (n° 4, 23, 29, 36) et 4 anses en Y (n° 26, 32, 37, 41).

Un lâchage de l'anastomose oeso-jéjunale survient sur une anse isolée (n° 29).

2 - Etude de la survie en fonction des lésions.

a - Dans tous les cas la survie est très brève et ne dépasse pas un an. Deux décès surviennent dans les suites immédiates :

n° 23 : décès le 3e jour par encombrement bronchique et défaillance cardiaque chez un vieillard de 81 ans.

n° 29 : décès le 13e jour après une réintervention le 12e jour pour une péritonite par lâchage des sutures oesojéjunales. A noter que les bords oesophagiens et jéjunaux n'étaient pas nécrosés.

b - Taille des lésions.

Que la lésion soit localisée à la bouche de gastroentérotomie ou étendue à tout le moignon, l'espoir de survie ne change guère.

c - Il en est de même de l'atteinte ganglionnaire qui n'explique pas le mauvais pronostic.

En effet il y a deux cas No (n° 29 et 32). La survie est de 13 jours pour l'un (lâchage d'anastomose) et de 3 mois pour le second (récidive). Un cas est N+o = survie de quelques mois (n° 37).

Quant aux 5 cas N++ (n° 4, 23, 26, 36, 41) les décès sont dus 4 fois à une récidive avec carcinose péritonéale (n° 4).

En ce qui concerne l'atteinte ganglionnaire dans les 3 cas de moignons de gastrectomies pour cancers 2 fois elle est massive.

n° 4 : adénocarcinome polymorphe au stade IV.

n° 26 : linite.

Mais dans la troisième observation elle est absente : n° 29 et il s'agissait d'un adénocarcinome colloïde muqueux opéré 4 ans auparavant.

Les principaux groupes ganglionnaires envahis sont les suivants :

- coronaire stomachique : 3 fois
- hépatique : 2 fois
- splénique : 1 fois
- parapylorique : 1 fois
- mésentérique : 1 fois

d - Nous avons vu qu'une colectomie transverse fut nécessaire 4 fois (n° 4, 26, 32, 41). Elle n'a pas été à l'origine de complications post opératoires.

e - Parmi les variétés histologiques :

pour les moignons de cancers nous avons vu que dans un cas il s'agissait de la récurrence d'un adénocarcinome colloïde muqueux 4 ans après la première intervention (n° 29). On est frappé par l'absence d'atteinte ganglionnaire. Les deux autres cas sont un adénocarcinome polymorphe N++ au stade IV et une linite N++.

Pour les moignons d'ulcère nous avons deux adénocarcinomes glandulaires différenciés (n° 36, N++ et 37, N+o), deux adénocarcinomes polymorphes (n° 23, N++ et 32, No) et un adénocarcinome peu différencié (n° 41 N++).

CAS PARTICULIERS

=====

Deux gastrectomies totales élargies ont été faites pour des lésions d'un type particulier.

1 - Un lymphosarcome (n° 14) chez un homme de 39 ans.

L'intervention extirpe une tumeur de 2 400 g siégeant sur l'antre, évoluant depuis près de 18 mois. Il s'agit d'un lymphosarcome en grande partie lymphocytaire, infiltrant, avec diffusion péritonéale interstitielle par contiguité, mais sans atteinte ganglionnaire ni splénique. Une irradiation abdominale de 3 000 rads est faite. La survie est correcte jusque vers le 4e mois, puis l'état général se dégrade et le décès survient avant la fin de la première année.

2 - Un adénocarcinome muco-érosif sur des lésions de Hodgkin (n° 24).

Il s'agissait chez un homme de 37 ans d'une localisation gastrique d'une maladie de Hodgkin ayant provoqué une volumineuse ulcération de la région prépylorique. Sur une berge de cette ulcération est découverte une lésion ayant les caractéristiques d'un adénocarcinome muco-érosif. Les suites opératoires sont simples, la survie correcte pendant 10 mois, l'opéré recevant une chimiothérapie (Natulan, Vincristine, Caryolysine). Puis rapidement l'état général se dégrade, une fièvre élevée apparaît et l'on note une masse de l'hypochondre gauche et apparaît une tuberculose pulmonaire. L'évolution est alors rapidement fatale, le malade meurt à la fin du 11e mois.

ETUDE DES 26 ADENOCARCINOMES

=====

Il s'agit du groupe le plus important dans lequel sont groupés les cancers survenant sur un estomac intact et qui ne sont ni des linites, ni des cancers muco-érosifs.

I - DONNEES GENERALES.

=====

a - Age et sexe.

On compte 17 hommes et 9 femmes. Les âges extrêmes sont 39 et 80 ans. Le nombre d'opérés est maximum dans les colonnes 61-70 ans et 71-80 ans. La médiane se situe à 67 ans, identique à la médiane des 44 gastrectomies totales élargies (66 ans). (Fig. 25).

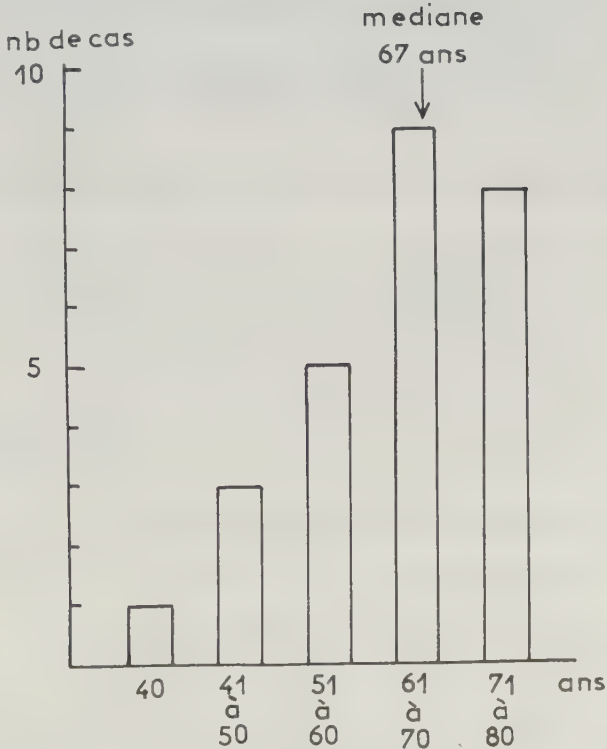


Fig. 25 - Répartition des âges des adénocarcinomes.

b - Clinique et investigations.

1 - Brièvement nous rappellerons les principaux symptômes ayant motivé la consultation. Ce sont :

- des douleurs datant de quelques mois à un an, parfois de type ulcéreux dans 10 cas.
- trois fois une dysphagie (pour un cancer de la petite courbure verticale et pour un cancer de la grande courbure).
- deux fois un syndrome de sténose (cancer antropylorique et un cancer de toute la petite courbure).
- cinq fois un amaigrissement important (20 kg dans deux cas).
- six fois une anémie. Dans une observation elle est découverte lors d'un bilan annuel et reste isolée. Dans un cas il s'agissait d'une hématomélose massive, un premier opérateur avait fait une suture de l'ulcération de la petite courbure haute et une ligature de l'artère coronaire stomachique.
- deux fois enfin existait une masse épigastrique d'une tumeur volumineuse.

2 - Une fibroscopie est faite dans 8 cas (n° 2, 15, 16, 33, 34, 35, 39, 42). Outre son intérêt pour le diagnostic histologique,

- elle permet d'évaluer la distance séparant le bord supérieur de la lésion du cardia. Dans 4 cas elle est faite pour des lésions de la petite courbure haute et une fois pour une lésion de la partie supérieure de la grande courbure.
- son second intérêt est de faire des biopsies étagées, à partir du pôle supérieur de la lésion afin de dépister d'éventuels foyers multiples "en saut de puce".

c - Le rétablissement de la continuité.

La continuité digestive est rétablie

- 24 fois par une anse interposée
- 2 fois par une anse en Y.

Les anses en Y ont été faites pour un cancer de la grande courbure (n° 9) avec résection du foie gauche emportant une métastase et pour un cancer des faces (n° 33) qui nécessita une colecto-

mie transverse. Le n° 9 est décédé de récurrence et le n° 33 en post opératoire, une fistule digestive s'était apparemment tarie spontanément.

L'anse interposée est un montage logique qui reconstitue un circuit digestif naturel, faite bien sûr si les conditions locales sont satisfaisantes et au prix d'une anastomose supplémentaire. Mais aucune fuite digestive n'est apparue au décours de ces 24 montages.

II - RESULTATS GLOBAUX

=====

a - Pour 4 opérés la survie exacte n'est pas connue, mais elle est de brève durée, inférieure vraisemblablement à un an.

- Il y a 4 décès post-opératoires (3e au 18e jours) (15 %).
- 11 opérés ayant survécu à l'intervention sont morts avant la fin de la deuxième année.
- Il n'y a plus de décès par récurrence après la fin de la deuxième année suivant l'intervention.
- 10 opérés vivent à 2 ans sur 25 ayant ce recul (40 %)
- 8 opérés sur 18 vivent avec un recul de plus de 5 ans (44 %)

Un opéré est vivant au delà de la dixième année.

La survie actuarielle à 5 ans est de 41 % (Fig. 26).

b - Etude des 4 décès post-opératoires. (n° 6, 28, 30, 33)

Ils représentent 15 % des opérés porteurs d'adénocarcinomes. Deux fois il s'agissait d'une gastrectomie de propreté. Pour les deux autres opérés sont apparues une lymphorée et une fistule digestive.

Ce chiffre de 15 % est important. On pourrait cependant le diminuer de moitié si les deux gastrectomies totales de propreté avaient été récuses.

- Cas n° 6 : gastrectomie totale élargie de propreté. N++, M+. Femme de 71 ans, métastases hépatiques multiples. On fait en désespoir de cause une gastrectomie totale élargie car les douleurs étaient intenses et la minceur de la paroi en regard de la lésion fait craindre une perforation ou une hémorragie. Décès le 3e jour dans des circonstances inconnues.

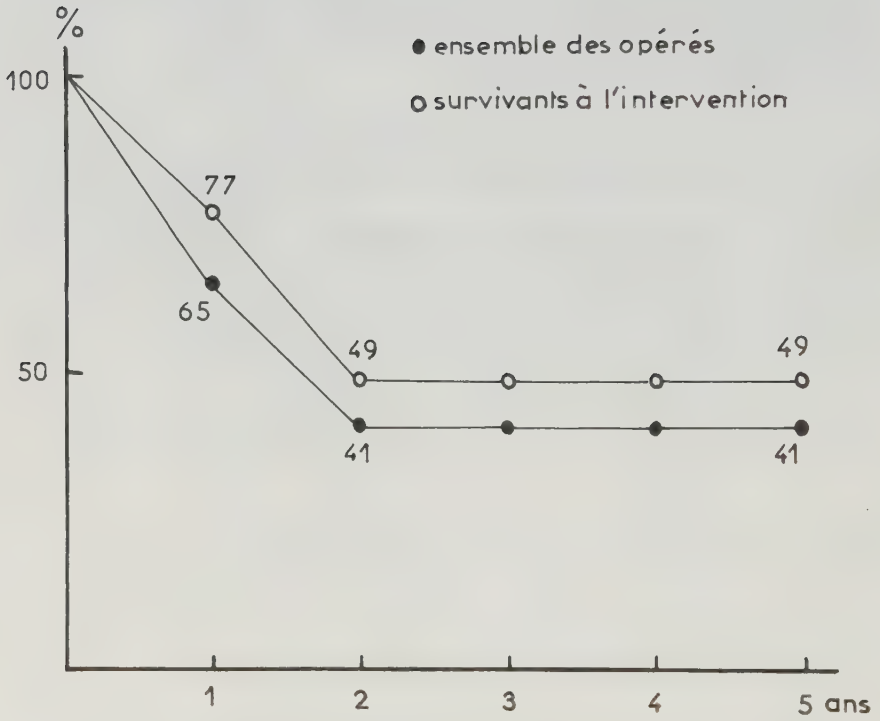


Fig. 26 - Courbe de survie actuarielle des adénocarcinomes.

- Cas n° 28 : gastrectomie totale de propreté. Homme de 76 ans, métastases hépatiques multiples. Résection de l'angle colique gauche. Décès le 6e jour. N++, M+.
- Cas n° 30 : homme de 67 ans. Cancer bourgeonnant et ulcéré de la face postérieure de la grosse tubérosité de 4 à 6 centimètres de diamètre. No. Curage des ganglions du pédicule hépatique qui paraissaient sains macroscopiquement et le sont histologiquement. Le 6e jour, apparition d'une défense abdominale puis d'un collapsus brutal alors qu'il s'alimentait depuis la veille. Intervention. Evacuation de 1500 ml de liquide non digestif évoquant une lymphorée. Les anastomoses sont normales, il n'y a pas de fuite pancréatique. Arrêt cardiaque. Décès.
- Cas n° 33 : femme de 62 ans, énorme cancer (10 cm) médiogastrique. No. Colectomie transverse. Anse en Y. Les suites d'abord satisfaisantes vont se compliquer par l'apparition d'une fistule extériorisée par le drain, mais sans signe de diffusion péritonéale. La fistule se tarit spontanément. Le 18e jour, décès brutal ; la veille était apparu des troubles neuropsychiques (persistance de la fuite digestive très vraisemblable).

III - CARACTERISTIQUES DES LESIONS. SURVIE EN FONCTION =====

DE CES LESIONS. =====

A - ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE. SURVIE EN FONCTION DE L'ATTEINTE GANGLIONNAIRE.

1 - Données anatomopathologiques.

L'aspect macroscopique des ganglions étant précisé dans le compte-rendu opératoire, on a pu comparer le résultat de l'impression clinique, visuelle et palpatoire, aux données histologiques.

Il en résulte qu'un ganglion envahi n'est qu'exceptionnellement confondu avec un ganglion normal.

Quatre possibilités sont à envisager :

- les ganglions semblaient normaux lors de l'exploration et son sains à l'histologie (No) : 3 observations (n° 0, 5, 8)
- les ganglions semblaient normaux et sont N+ : aucun cas.

- les ganglions semblaient suspects et sont normaux (No) : 8 cas (n° 2, 7, 12, 17, 30, 31, 33, 34).

A noter que pour les cas n° 7, 12, 30, 31, 33 et 34 les données macroscopiques étaient franchement pessimistes.

- les ganglions semblaient envahis et sont effectivement pathologiques (N+o ou N++) :

. dans ce cas le plus souvent l'appréciation clinique est juste : 11 observations (n° 3, 6, 9, 11, 13, 19, 21, 28, 35, 39, 42).

. mais l'impression peut être plus pessimiste que le résultat histologique (n° 1, 16, 22).

. et dans un cas, l'appréciation subjective est plus optimiste que l'histologie (n° 15).

La fréquence de l'envahissement ganglionnaire est la suivante (tableau IV).

No	11 cas
N+o	5 cas
N++	10 cas

2 - Survie des 11 adénocarcinomes No (n° 0, 2, 5, 7, 8, 12, 17, 30, 31, 33, 34). (Fig. 27).

On compte 2 décès post-opératoires : lymphorée (n° 30) et fistule digestive (n° 33).

Il y a deux décès et un cas de survie inconnue, mais très certainement brève, entre la première et la deuxième années. Les décès (n° 5, 34) sont la conséquence d'une récurrence avec apparition de métastases (foie et Douglas). La survie a été relativement satisfaisante pendant un an pour le n° 5 et pendant 20 mois pour le n° 34.

A deux ans 6 sur 11 opérés vivent (54 %).

A cinq ans 5 opérés sur 7 ayant ce recul vivent (71 %).

Un opéré a un recul de 10 ans (n° 0), deux autres ont une survie supérieure à 7 ans (n° 7, 8).

3 - Survie des 5 adénocarcinomes N+o (n° 13, 16, 22, 35, 39)

- Il n'y a pas de décès post-opératoires.

- Les deux décès se font avant la fin de la deuxième année.

- Au bout de deux ans 3 opérés sur 5 sont vivants

- au bout de cinq ans 2 opérés sur 3 ayant ce recul vivent.

4 - Survie des 10 adénocarcinomes N++ (n° 1, 3, 6, 9, 11, 15, 19, 21, 28, 42).

Il y a deux décès post-opératoires. Il s'agissait de gastrectomie de propreté (n° 6, 28). Les 6 autres décès se font avant la fin de la deuxième année et l'on constate des signes locaux de récidence (masse épigastrique, adénopathie sus-claviculaire gauche) et une fois un amaigrissement précédent le décès brutal (n° 11).

A deux ans 1 opéré sur 9 est vivant (11 %).

A cinq ans 1 opéré sur 8 vit.

L'histoire de ce survivant est particulière (n° 15). Il s'agit d'un homme de 54 ans, porteur d'un adénocarcinome colloïde muqueux réalisant une ulcération de 8 centimètres de diamètre de l'antre. Les groupes ganglionnaires envahis sont la chaîne coronarique stomacale (péri-cardiaque), les ganglions parapyloriques, hépatiques, mésentériques. La gastrectomie totale élargie est faite en l'absence de certitude de dissémination. Une chimiothérapie est décidée en raison de l'envahissement de la recoupe duodénale. Actuellement le recul est de 6 ans. Cet homme a repris son activité professionnelle.

Atteinte ganglionnaire	Nombre de cas	survie à 5 ans	
		Nombre	%
No	11	5/7	71
N+o	5	2/3	
N++	10	1/8	12
Total	26	8/18	47

Tableau IV - Survie à 5 ans des adénocarcinomes selon l'atteinte ganglionnaire.

	No	N+o	N++	coronaire stomachique	hépatiques	parapyloriques	coeliaques	splénique
petite courbure haute	4	3	3	5	1	1	1	1
antre	1		3	2	3	2	1	1
petite courbure moyenne	2		1	1	1	1		
toute la petite courbure	1	1		1				
médiogastrique	1	1		1				
grande courbure	1		1					
tiers supérieur	1		1	1				1
tout l'estomac			1	1	1		1	
Total	11	5	10	12	6	4	3	3

Tableau V - Atteinte ganglionnaire selon la localisation.5 - Localisation des ganglions envahis. (Tableau V).

- Les ganglions de la chaîne coronaire stomachique sont envahis dans 12 observations (n° 1, 6, 9, 11, 13, 15, 19, 21, 22, 28, 35, 39). 5 fois il s'agissait d'un cancer de la partie haute de la petite courbure, 2 fois d'un cancer de l'antre et un cas pour chacune des localisations suivantes : tout l'estomac, toute la petite courbure, la petite courbure moyenne, la grosse tubérosité, médiogastrique.
- Les ganglions de la chaîne hépatique sont envahis dans 6 cas (n° 3, 9, 11, 15, 19, 28) et 3 fois il s'agit d'un cancer de l'antre (n° 3, 9, 15).
- Les ganglions parapyloriques sont atteints 4 fois (n° 3, 15, 19, 16) 2 fois il s'agit d'un cancer de l'antre, une fois d'un cancer de la partie moyenne de la petite courbure et une fois de sa portion supérieure.

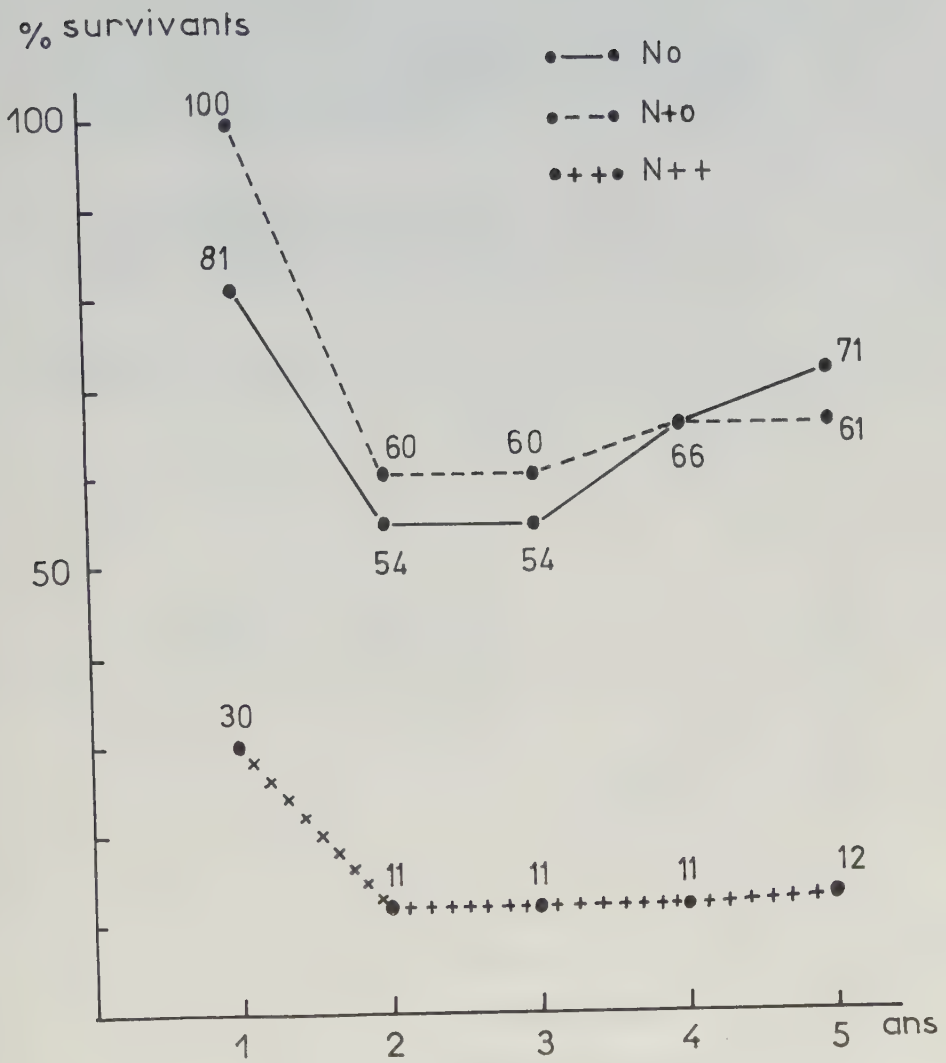


Fig. 27 - Survie des adénocarcinomes en fonction de l'atteinte ganglionnaire.

- 3 fois les ganglions coeliaques sont envahis (n° 9, 11, 28).
- 3 fois la chaîne splénique est atteinte (n° 9, 11, 21). Une fois le cancer se localise sur le tiers supérieur de l'estomac (N+M+), une fois sur l'antra (grande courbure prépylorique, N+M+) et une fois sur la partie haute de la petite courbure.
- Enfin les ganglions le long de la grande courbure sont atteints dans deux cas (grande courbure moyenne et grande courbure prépylorique). Deux cancers antraux donnaient des ganglions positifs le long des vaisseaux mésentériques supérieurs.

B - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DES AUTRES CARACTERISTIQUES DES TUMEURS.

1 - Siège. (Tableau VI).

Localisation	Nombre	Survivants à 5 ans.
petite courbure haute	10	2/7
antra	4	2/4
petite courbure moyenne	3	2/3
toute la petite courbure	2	1/2
médiogastrique	2	
grande courbure	2	1/1
tiers supérieur	2	0/1
tout l'estomac	1	

Tableau VI - Localisation et survie.

Par ordre de fréquence les localisations des cancers sont les suivantes :

a - Petite courbure haute : 10 cas (n° 0, 1, 2, 6, 11, 13, 16, 31, 34, 39). (Fig. 28).

Survie à 2 ans : 3 sur 10, survie à 5 ans : 2 sur 7.

No : 4 cas survie à 5 ans : 1 sur 4

N+o : 3 cas survie à 5 ans : 1 sur 3

N++ : 3 cas survie à 2 ans : 0

b - Antre : 4 cas (n° 3, 9, 12, 15). (Fig. 29).

face postérieur (n° 3)

grande courbure prépylorique (n° 9)

Petite courbure (n° 12)

Face antérieure (n° 15)

Survie à 2 ans : 2 sur 4

Survie à 5 ans : 2 sur 4

No : 1 cas vivant à 5 ans.

N++ : 3 cas, 1 vivant à 5 ans.

c - Partie moyenne de la petite courbure : 3 cas (n° 7, 8, 19)

No : 2 cas, vivent à 5 ans.

N++ : 1 cas, décès précoce.

d - Toute la petite courbure : 2 cas (n° 5, No et n° 22, N+o).

e - Médiogastrique : 2 cas (n° 33, No et n° 35, N+o).

f - Grande courbure : 2 cas (n° 17, No et n° 42, N+)

g - Tiers supérieur de l'estomac (grosse tubérosité et corps) : 2 cas (n° 21, N+ et n° 30, No).

h - Tout l'estomac : 1 cas (n° 28, N+).

Les cancers de la petite courbure verticale sont les plus nombreux à avoir été traité par une gastrectomie totale (38 %).

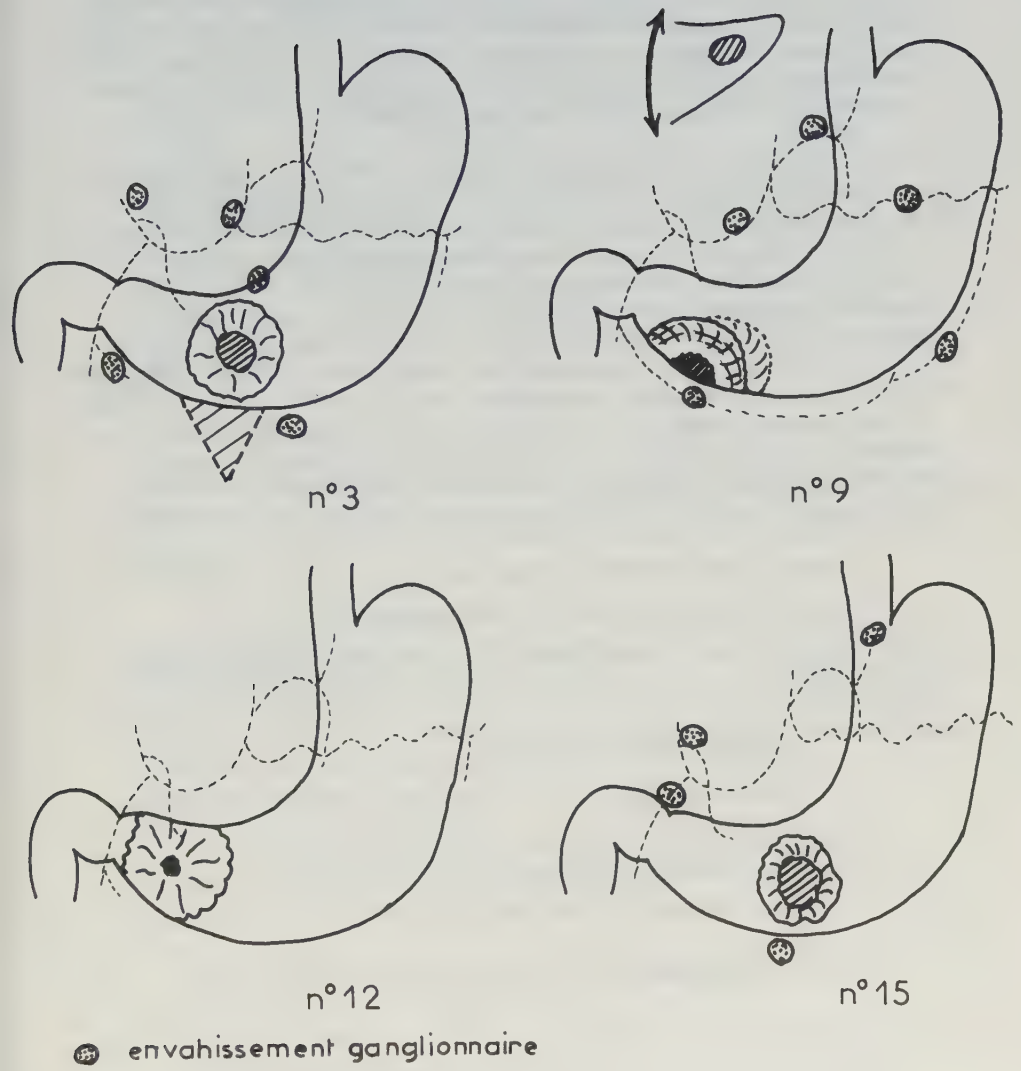


Fig. 29 - Schéma des lésions des 4 adénocarcinomes de l'antré.

Il n'y a que 15 % de cancers antropyloriques ; argument supplémentaire montrant le caractère de nécessité de ces 26 gastrectomies totales. Ces chiffres de 38 et 26 % ne sont donc pas le reflet de la localisation cancéreuse en général (en moyenne 50 % pour l'antré et 20 % pour le fundus) mais celui de lésions choisies pour être enlevées par la technique proposée.

La survie en fonction du siège ne diffère pas tellement que le cancer soit antral ou siège sur la petite courbure haute. Le nombre de cas est bien sûr faible, mais parmi les 4 cancers de l'antré, trois sont N++ et cette atteinte ganglionnaire touche des chaînes lymphatiques éloignées. Ainsi pour le n° 3 : envahissement de ganglions des chaînes hépatiques commune et propre, ganglions coronaires stomachiques, ganglions sous pylorique et de la grande courbure (décès le 10e mois). Pour le n° 9 : ganglions coronaires, spléniques, hépatiques, de la grande courbure (décès le 19e mois) et pour le n° 15 : ganglions péri-oesophagiens, hépatiques, sus pyloriques, de la grande courbure (recul : 6 ans). Pour les autres localisations, la survie paraît essentiellement fonction de l'envahissement lymphatique : sur 12 cas on compte :

N++ : 4 cas, 3 décès avant 2 ans.

N+o : 2 cas, 2 vivants (3 ans et 5 ans).

No : 6 cas, 3 décès avant 2 ans, 3 vivants avec un recul de 5 ans.

2 - Aspects macroscopiques.

- Les formes ulcérées sont les plus nombreuses : 13 cas (n° 0, 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 16, 21, 31).

Survie à 2 ans : 6 vivants sur 13

Survie à 5 ans : 5 vivants sur 12

L'atteinte ganglionnaire est la suivante : No : 6 cas

N++ : 6 cas

N+o : 1 cas

- Les formes avec ulcération prédominante sont nombreuses : 12 cas. (n° 6, 12, 13, 17, 19, 22, 30, 33, 34, 35, 39, 42).

Survie à 2 ans : 4 vivants sur 11 opérés

Survie à 5 ans : 3 vivants sur 6 opérés

Elles sont No : 5 fois

N+o : 4 fois

N++ : 3 fois

- Enfin il y a un cas d'une forme bourgeonnante pure (n°28).

3 - Taille des tumeurs (Tableau VII).

Taille en centimètre	Nombre	No	N+o	N++	Survie à 5 ans.
moins de 2 cm	2	2			1/2
2 à 5 cm	7	2	1	4	1/4
5 à 10 cm	15	7	3	5	6/11
Supérieur à 10 cm	2		1	1	0/1

Tableau VII - Survie en fonction de la taille de 26 adénocarcinomes.

La mensuration des tumeurs permet de les classer en 4 groupes.

a - 2 fois elles ont une taille inférieure à 2 cm (n° 2, 17) et No dans les deux cas. Une sur deux vit à 5 ans (n° 17). L'indication d'une gastrectomie totale était pour le n° 2 (ulcéro-cancer) son siège sous cardinal et pour le n° 17 (adénocarcinome anaplasique de la grande courbure à 5 cm du pylore), l'existence de granulations (en fait inflammatoires) remontant le long de la petite courbure jusqu'au cardia.

b - 7 fois la tumeur mesure de 2 à 5 cm de diamètre (n° 1, 6, 8, 11, 31, 39, 42). Elles sont No : 2 fois, N++ : 4 fois, N+o : 1 fois. 2 sur 6 vivent à 2 ans et 1 sur 4 à 5 ans.

c - 15 fois la taille est comprise entre 5 et 10 cm (n° 0, 3, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 16, 19, 22, 28, 30, 33, 34).

Elles sont No : 7 fois, N++ : 5 fois, N+o : 3 fois.

6 sur 15 vivent à 2 ans et 6 sur 11 vivent à 5 ans.

d - Enfin 2 fois la taille est supérieure à 10 cm (n° 21 et 35). Elles sont N++ : 1 fois et N+o : 1 fois. Ce sont des adénocarcinomes peu différenciés. 1 sur 2 vit à 2 ans.

Ces données indiquent que la moitié de ces gros cancers (supérieurs à 5 centimètres) n'ont pas d'envahissement ganglionnaire (7 No, 6 N++, 4 N+o). La lymphophilie n'étant pas proportionnelle au volume tumoral, il est donc raisonnable d'enlever de

grosses tumeurs. Ceci nous montre aussi, combien les données radiologiques et fibroscopiques résument incomplètement le bilan anatomique des lésions.

4 - Adhérences aux organes de voisinage.

Une adhérence ou un envahissement tumoral à un ou plusieurs organes voisins obligent dans 5 cas à élargir l'exérèse (n° 3, 16, 19, 33, 39).

Si la résection d'un peu du lobe gauche hépatique pour un envahissement par contiguïté est un geste qui n'aggrave guère le pronostic, une colectomie transverse est dangereuse et risque de troubler les suites immédiates.

L'extension de l'exérèse comporte :

- 3 lobectomies hépatiques gauches pour adhérence.

n° 16 : N+o, vivant à 5 ans

n° 19 : N++, décédé avant la première année

n° 39 : N+o, décédé au bout d'un an (récidive et carcinose péritonéale)

L'exemple du n° 16 a déjà été exposé. Il est intéressant car l'exérèse réalisait une véritable gastrectomie totale élargie de propre et pourtant ce geste de désespoir conduit à, une longue survie.

5 - Métastases.

4 métastases hépatiques seront découvertes dans cette série de 44 cas. Toutes appartiennent aux adénocarcinomes. Une gastrectomie totale est réalisée en raison du risque vital que provoquait un saignement de la tumeur ou sa fragilité faisant craindre une perforation prochaine. Il s'agissait :

- de petits nodules hépatiques multiples (n° 6)
- d'une "tache de bougie" gauche (n° 9) qui sera enlevée
- d'une métastase au sommet du foie droit (n° 21)
- enfin d'un aspect de miliaire (n° 28).

Pour ces 4 cas l'atteinte ganglionnaire était massive (N++).

Il y a 2 décès post-opératoires (n° 6 au 3e jour, n° 28 au 6e jour) et un décès précoce (n° 21). Enfin un décès a lieu le 19e mois (n° 9) par récurrence locale et à distance (ganglion sus claviculaire).

6 - Aspects histologiques.

Nous classons nos cas dans 6 groupes :

- a - Adénocarcinomes différenciés : 10 cas (n° 0, 5, 8, 9, 12, 19, 30, 31, 34, 39).

Survie à 2 ans : 4 sur 10

Survie à 5 ans : 3 sur 6

No : 7 cas (n° 0, 5, 8, 12, 30, 31, 34, 39)

survie à 2 ans : 4 sur 7

survie à 5 ans : 3 sur 4

N++ : 2 cas (n° 19, 9) survie à 2 ans : 0

N+o : 1 cas (n° 39) survie à 2 ans : 0

- b - Adénocarcinomes colloïdes muqueux : 3 cas (n° 15, 16, 22).

N+o : 2 cas (n° 16, 22)

N++ : 1 cas (n° 15)

Taille des tumeurs : toutes de 8 à 10 centimètres.

Survie à 5 ans : 3 sur 3.

- c - Adénocarcinomes peu différenciés : 2 cas (n° 21, 35).

N+o : (n° 35)

N++ : (n° 21)

Survie à 2 ans : 1 sur 2

- d - Adénocarcinomes indifférenciés : 3 cas (n° 6, 7, 33)

No : 2 cas (n° 7, 33).

N++ : 1 cas (n° 6).

Survie à 2 ans : 1 sur 3 (n° 7).

- e - Adénocarcinomes anaplasiques : 3 cas (n° 1, 13, 17).

No : 1 cas (n° 17).

N+o : 1 cas (n° 13).

N++ : 1 cas (n° 1).

Survie à 2 ans : 1 sur 3 (n° 17).

Survie à 5 ans : 1 sur 3 (n° 17).

f - Adénocarcinomes polymorphes : 4 cas

Ils sont N++ 4 fois. La survie à 2 ans est nulle.

n° 3 : en partie anaplasique et colloïde muqueux

n° 11 : différencié et anaplasique à cellules mucipares

n° 28 : anaplasique et tubuloalvéolaire

n° 42 : alvéolaire et indifférencié.

Au terme de cette énumération nous soulignerons le bon pronostic apparent des adénocarcinomes colloïdes muqueux, ce qui est en contradiction avec les données de la littérature.

7 - Survie en fonction du stade. (Tableau VIII).

Stade	Nombre	%	Survie à 5 ans.
III	5	20	3/3
IV	20	80	5/15

Tableau VIII - Survie des adénocarcinomes selon le stade.

Les adénocarcinomes peuvent être classés en 5 stades selon Gutmann et Bertrand.

Stade 0 : cancer intraépithélial

Stade I : cancer intra muqueux

Stade II : infiltration de la sous muqueuse

Stade III : a = atteinte de toute la paroi jusqu'à la séreuse
b = atteinte de la séreuse

Stade IV : diffusion métastatique.

Nous avons 5 adénocarcinomes au stade III (20 %) et 20 adénocarcinomes au stade IV (80 %). La forte proportion de stades IV (80 % en moyenne pour les séries) traduit le choix des tumeurs traitées par gastrectomie totale.

La survie des 5 tumeurs stade III (n° 7, 12, 17, 30, 34) est de 3 sur 3 vivants à 5 ans. Toutes sont No.

La survie à 5 ans des 20 cancers au stade IV est de 5 sur 14.

Ces 5 survivants sont 2 fois No, 1 fois N++, 2 fois N+o.

n°	Sexe	Age	N	Histologie	Taille	Siège
0	M	64	No	adénoc. différencié	8 cm	P. C.
7	M	67	No	adén. indifférencié	5 cm	P. C.
8	M	45	No	adénoc. différencié	2 cm	P. C.
12	F	80	No	adénoc. différencié	7 cm	antre
15	M	54	N++	ad. colotde muqueux	8 cm	antre
16	F	52	N+o	ad. colotde muqueux	10 cm	P. C.
17	F	47	No	adén. anaplasique	1, 5 cm	G. C.
22	F	59	N+o	ad. colotde muqueux	9 cm	P. C.

P. C. = petite courbure

G. C. = grande courbure

Tableau IX - Caractéristiques des 8 adénocarcinomes dont la survie dépasse 5 ans.

IV - ETUDE DES CONDITIONS DE SURVIE.

=====

Le cap des deux ans passé, en l'absence d'envahissement ganglionnaire, un espoir de longue survie est permis. Cet espoir est celui d'une vie qui se fera dans des conditions tout à fait satisfaisantes.

Après la sortie de la clinique, une convalescence est nécessaire pendant laquelle l'opéré apprend à s'alimenter correctement. Cette période difficile sera passée dans un centre de diététique. Six à sept repas par jour sont prévus, comportant pour chacun une ration protidique. On évite les laitages qui déclenchent des diarrhées. Pour prévenir une anémie biernérienne des injections de vitamine B 12 seront prescrites. On ne note pas d'insuffisance pancréatique et habituellement pas de diabète.

Le dumping, qui parfois n'apparaît pas (n° 17, 31) disparaît le plus souvent en quelques mois. Le poids se stabilise, 3 à 5 kg au-dessous du poids habituel.

Le plus souvent existe une selle quotidienne.

Au point de vue biologique, l'électrophorèse des protides est constamment normale.

Pour les sujets jeunes, l'activité professionnelle est reprise avec la même intensité qu'aux meilleurs jours.

Un exemple est intéressant : c'est celui d'un homme de 74 ans (n° 7) opéré en 1966 et hospitalisé en 1972 en raison d'une anémie importante mégalo-cytaire et mégalo-blastique, ainsi que d'un amaigrissement de 10 kg en 6 ans. Cet opéré qui ne consultait plus, ne recevait aucun traitement vitaminique. D'autre part un diabète est découvert.

L'anémie de Biermer est réparée par la vitamine B 12 intramusculaire et de l'acide folique per os en raison d'un déficit du taux des folates sériques. Le diabète est équilibré par des anti-diabétiques oraux. Par ailleurs on ne trouve ni stéatorrhée, ni créatorrhée. Il prendra 3 kg en deux mois.

Dans tous ces cas, le gastrectomisé n'est pas un mutilé et les conséquences de cette intervention sont aussi bien supportées chez le sujet jeune que les plus âgés.

Nous résumons dans le tableau suivant les résultats fonctionnels et radiologiques de 19 opérés ayant un recul de 1 à 10 ans. (n° 0, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 26, 31, 34, 35, 42, 43).

amaigrissement : 1 cas (n° 42)
 dumping : 1 cas (n° 8), disparaît le 8e mois.
 sensation de réplétion - tenace : 1 cas (n° 34)
 - passagère : 3 cas (n° 8, 16, 22)
 aucun trouble digestif : 9 cas (n° 0, 5, 7, 13, 17, 18, 21, 31, 43)
 diabète : 5 cas (n° 7, 12, 19, 22, 26)
 anémie Biermérianne : 1 cas (n° 7)
 une selle par jour : 10 cas
 plus de une selle par jour : 1 cas (n° 16)
 selles liquides : 1 cas (n° 9)
 stéatorrhée : 2 cas (n° 9, 13)
 4 repas par jour ou plus : 5 cas
 moins de 4 repas par jour : 1 cas
 transit radiologique oeso-jéjunal normal : 10 cas.

CONCLUSION.

=====

Contrairement aux limites et aux cancers sur moignons, une étude de la survie des adénocarcinomes en fonction de l'atteinte ganglionnaire est possible.

1 - 7 cas montrent, à notre surprise, que de très grosses tumeurs pouvant paraître inextirpables pour raison de volume ne s'accompagnent pas d'envahissement ganglionnaire. Il ne semble donc pas y avoir de corrélation dans cette série entre la taille et l'atteinte ganglionnaire.

2 - Le pronostic d'avenir n'est pas réglé par la taille de la tumeur mais par l'atteinte ou non des ganglions. On aura des chiffres donnant 15 à 70 % de vivants à 5 ans.

Si cet espoir se confirme, nous pourrions pour l'avenir adapter les indications opératoires de la manière suivante :

- avoir tous les courages pour l'exérèse des grosses tumeurs,
- mais il paraît peut être vain de vouloir poursuivre à distance les adénopathies envahies.

Ceci ne fait que renforcer l'intérêt que peut avoir dans ces cas l'examen extemporané des ganglions, lequel, trouvant des ganglions indemnes au niveau des pédicules d'une grosse tumeur engage à être entreprenant.

CHAPITRE III

COMMENTAIRES

Notre série nous l'avons vu est trop restreinte pour que nous discussions les résultats à long terme des gastrectomies totales élargies pour cancers. Par contre nous commenterons, à la lumière des données de la littérature, l'importance pour la survie de certains caractères anatomiques des tumeurs.

Si nos résultats ne sont pas statistiquement significatifs en raison de l'exiguïté du nombre de cas étudiés, nous pensons cependant que l'avenir, apportant de nouvelles observations nous permettra de confirmer les impressions d'aujourd'hui.

A - TECHNIQUE.

Sur le plan technique nous attachons de l'importance à deux points principaux :

- la voie d'abord et l'exposition du champ opératoire,
- le mode de rétablissement de la continuité.

1 - La majorité des auteurs donnent leur préférence à la voie abdominale pure pour des lésions ne dépassant pas le cardia vers le haut. D'autres, si l'état respiratoire du malade le permet, restent fidèles à la voie abdomino thoracique, en particulier pour faire un curage complet des ganglions péri oesophagiens et pour la facilité qu'elle procure dans la confection de l'anastomose oeso-jéjunale.

Mais l'utilisation du "coussin" permet, nous l'avons vu une exposition correcte de tout l'étage sus mésocolique et en particulier de la région hiatale. Le même effet est obtenu par le "billot pneumatique" de LAGROT et coll. (1970) qui réalise une "lordose dorsale basse".

Pour ces auteurs les conditions d'efficacité de leur billot sont :

- de maintenir le thorax horizontal à une hauteur de 20-25 centimètres du plan de la table,

- étant placé à l'aplomb de l'appendice xiphoïde de donner une bonne déclivité de l'abdomen.

Il est rappelé que RIO BRANCO en 1912 utilisait déjà ce procédé.

2 - Le mode de rétablissement de la continuité digestive décrit est une anse interposée (type HENLEY) mais conservant un méso d'anse en Y grâce à la résection de quelques centimètres d'intestin grêle pour obtenir une "charnière" suffisante à l'ascension du bout distal de l'anse.

Ce procédé a été plus récemment décrit par DANIEL et utilisé par SHOCKET (1971) pour la confection de plasties iléales. La critique la plus souvent formulée pour l'anse de HENLEY étant en effet la fragilité de son pédicule vasculaire (MONOD-BROCA, 1966).

Du point de vue fonctionnel BOURGEON et coll. (1973) ont étudié tant sur le plan clinique que radiocinématographique le devenir de 19 anses interposées type HENLEY. Les résultats sont décrits à court terme, la plupart de leurs gastrectomies totales étant palliatives.

Ces auteurs notent un bon confort digestif, sans aucun dumping si le fractionnement des repas est observé, du moins les premiers mois. Au point de vue radiologique ils observent une position sus diaphragmatique de l'anastomose, une amélioration dans le temps du péristaltisme des anses. Ils préconisent pour améliorer le confort l'utilisation d'une anse longue ayant la capacité d'un néogastre, présentant de bons mouvements de brassage et évitant tout reflux.

Sur de plus grandes séries on note au point de vue fonctionnel 6 % de dumping sur 30 cas (CORNELL, 1960), 10 % de diarrhée mais calmée par des extraits pancréatiques, 11 % d'oesophagite (NAKAYAMA, 1956).

Ces faits soulignent l'intérêt de reconstituer un circuit digestif normal dans tous les cas où les lésions ne s'étendent pas trop vers la droite. Dans notre série, pour 26 adénocarcinomes il y a 24 anses interposées pour 2 anses en Y à la Roux. Ceci nous conduit à considérer les résultats fonctionnels qui sont dans l'ensemble satisfaisants à la condition de se résoudre à un fractionnement des repas qui doivent être riche en protides, éviter les laitages et prescrire une vitaminothérapie B 12 continue.

REMINE (1964) étudie le devenir de 55 opérés dont 9 ont une survie de plus de 15 ans. Le rétablissement de la continuité est une oesophagojéjunostomie.

35 opérés (76 %) vont bien, 11 ont repris leur poids, 26 mangent normalement et 16 n'ont que 3 repas. La moitié ont une sensation de "plénitude" après les repas et l'on note un dumping modéré dans 60 % des cas. 40 % ont des selles molles ou diarrhéiques. 3 sur 4 ont une anémie mais disparaissant après traitement. Enfin 76 % retravailleront dans les 6 à 8 mois suivant l'intervention. (Tableau X).

Bon état général	76 %
Alimentation normale	47 %
Dumping modéré	60 %
Sensation de réplétion	50 %
Reprise du poids	20 %
Selles molles	40 %
Anémie (traitée)	75 %
Reprise du travail (6-8e mois)	76 %

Tableau X - Résultats fonctionnels pour 55 gastrectomies totales suivies de 5 à 15 ans. REMINE - 1964

B - RESULTATS.

1 - La mortalité opératoire pour toute la série est de 8 sur 44 cas 18 %. Si on élimine les 3 décès après gastrectomie totale dite palliative on compte 5 décès après gastrectomie totale élargie à visée "curatrice" (14 %).

Les deux grandes causes de décès étant la fistule de l'anas-tomose oesojéjunale (3 cas) et une grande lymphorée (2 cas), la cause de la lymphorée dans le décès n'étant que suspectée en raison de l'absence de vérification anatomique.

Dans la littérature le pourcentage de décès après gastrectomie totale de nécessité varie de 7 % (WARREN, 1964) à 28 % (REMINE, 1964) ; la moyenne étant aux alentours de 18-20 % (Tableau XI).

	G P %	G T %
REMINE (1964)	11	28
WARREN (1964)	4	7
MUTO (1968)	8	12
INBERG (1972)	12	18
HOERR (1973)	4	14

G P = gastrectomie partielle

G T = gastrectomie totale de nécessité

Tableau 11 - Mortalité post-opératoire selon l'exérèse.

Après gastrectomie partielle la mortalité varie de 4 à 12 % (INBERG, 1972). Pour une série de 47 gastrectomies partielles pour cancer opérés de 1962 à 1972 par HAUTEFEUILLE il n'y a aucun décès opératoires imputables à l'exérèse gastrique.

SANCHEZ (1970) a étudié les complications post-opératoires pour 52 gastrectomies totales élargies 51 fois à la rate et 8 fois à la queue du pancréas. 8 fois la voie d'abord est une thoracophrénolaparotomie. Il distingue un groupe à risque faible de 11 cas (sujets jeunes, cancers localisés) pour lequel il n'y a aucun décès post-opératoire et une seule fistule (anse en Y) mais résolutive. Le second groupe est à risque chirurgical élevé : 41 cas, avec 29 % de décès opératoires dont 42 % de morts dues au lâchage de l'anastomose. Sur les 12 lâchages d'anastomose 6 ont guéri. L'auteur incrimine l'anastomose termino-terminale, l'anse en Y et l'oesophagoduodénostomie. Il préconise un montage simple avec anse isolée et anastomose oesojéjunale termino-latérale.

2 - Survie à 5 ans (Tableau XII).

Enoncée de façon globale elle est de 8 vivants pour 23 opérés ayant ce recul (34 %). Pour les adénocarcinomes autre que les linéites et les cancers sur moignon gastrique, elle est de 8 vivants pour 18 opérés ayant ce recul (44 %). Elle est nulle pour les linéites et les dégastrogastrectomies totales élargies. Dans la littérature, les pourcentages globaux de survie à 5 ans vont de 7 % (MUTO, 1968, 225 cas) à 21 % (HAWLEY, 1970, 42 cas).

REMINÉ (1964)	10 % (275 cas)
WARREN (1964)	14 %
MARUTA (1968)	14 %
MUTO (1968)	7 % (225 cas)
HAWLEY (1970)	21 % (42 cas)
INBERG (1972)	19 %
HOERR (1973)	18 %

Tableau XII - Survie à 5 ans des gastrectomies totales de nécessité.

3 - Siège du cancer et survie.

Le tableau VI résume les diverses localisations et la survie pour chacune d'elles. Aucun résultat n'est significatif. Pour la plupart des auteurs le siège du cancer (à l'exception du cardia) n'a pas d'influence sur le pronostic. MARUTA (1968) écrit cependant que le pronostic des cancers du corps est meilleur que celui des cancers antraux. REMINÉ (1964) à la Mayo Clinic pour la période de 1940 à 1954 donne les résultats suivants de survie à 5 ans :

cardia : 20 %

grande courbure : 29 %

corps : 30 %

pylore : 32 %

petite courbure : 44 %

Pour HAWLEY (1970) :

antre et pylore : 21 % de survie à 5 ans

corps : 25 %

4 - Taille et survie.

Beaucoup plus intéressante est l'étude de la taille des tumeurs. Nous avons souligné la fréquence des grosses tumeurs ayant bénéficié d'une gastrectomie totale élargie. 15 fois sur 26 la tumeur mesure entre 5 et 10 cm de diamètre. 7 fois il n'y a pas d'atteinte ganglionnaire et 6 cas sur 11 vivent au delà de 5 ans. Pour 7 tumeurs de 2 à 5 cm il y a 5 fois une atteinte ganglionnaire et la survie à 5 ans est de 1 sur 4.

Dans la littérature (tableau XIII) REMINE (1964) trouve un meilleur pronostic pour les petits cancers, en particulier 25 % des opérés ont des tumeurs de moins de 4 cm ce qui représente 43 % des survies à 5 ans.

REMINE 1964

taille en cm	% survie à 5 ans
moins de 4	40
4 à 5	32
6 à 8	27
plus de 9	28

HAWLEY 1970

diamètre (cm)	nombre de cas	survie à 5 ans	
		nombre	%
moins de 2	25	3	12
2 à 7,5	77	17	22
plus de 7,5	30	7	23

Tableau XIII - Survie en fonction de la taille.

GOLDENBERG (1967) écrit qu'une taille inférieure à 4 cm est un facteur pronostique favorable.

Mais HAWLEY (1970) au St Mark's hospital conclue que les moyennes et les grandes tumeurs ont une meilleure survie que les petites tumeurs de moins de 2 centimètres de diamètre.

L'étude de l'atteinte ganglionnaire en fonction de la taille n'est pas précisée dans ces séries.

Ces derniers arguments renforcent donc l'idée de ne pas reculer devant une grosse tumeur dont l'avenir est loin d'être désespérant, l'atteinte ganglionnaire étant absente dans près de la moitié des cas de notre série.

5 - Histologie et survie.

Dans la série présentée il faut mettre tout à fait à part le groupe des linites dont le pronostic est catastrophique (une seule survie avec un recul de 18 mois) et ceci indépendamment semble-t-il de l'atteinte ganglionnaire (1 cas sur 2 No ou N+o) ou de leur caractère généralisé ou localisé.

BROOKES (1965), HOERR (1973) et bien d'autres auteurs confirment cette impression et notent la fréquence de l'atteinte ganglionnaire (87 % des cas pour REMINE, 1964) et l'envahissement de la séreuse.

Dans le groupe des autres adénocarcinomes nous avons noté deux faits particuliers :

- la gravité des adénocarcinomes dits "polymorphes" : 4 cas, ayant tous une forte proportion de ganglions envahis et ne survivant pas au delà de 2 ans.
- l'apparent bon pronostic des adénocarcinomes colloïdes muqueux dont on possède 3 cas : 2 cas N+o, 1 cas N++, tous vivants avec un recul de 5 à 7 ans. Ce fait n'est pas vérifié dans la littérature.

Intéressante aussi est l'étude de la survie en fonction des classifications proposées par DUKES, BRODERS et autres auteurs. Nos adénocarcinomes sont classés selon les stades de GUTMANN et BERTRAND (1939)

stade 0 : formes in situ

stade I : cancers intramuqueux

stade II : envahissement de la sous-muqueuse

stade III : infiltration de la paroi musculaire jusqu'à la séreuse, avec un stade III b, atteinte de la séreuse.

stade IV : diffusion métastatique.

En comparant les adénocarcinomes stade III et ceux stade IV, nous avons à 5 ans une survie de tous les cas stade III (tous No) et seulement un tiers de survie des cas du stade IV (les ganglions étant indemnes 2 fois sur 5).

REMINÉ (1964) étudie la survie en fonction la classification de DUKES et celle de BRODERS : (Tableau XIV).

DUKES	BRODERS	% survie à 5 ans
A	1	100
	2	
	3	
B1	1	100
	2	61
	3	67
	4	52
B2	2	58
	3	40
	4	38
C	2	24
	3	16
	4	11

Tableau XIV - Survie à 5 ans en fonction de deux classifications histologiques. REMINE - 1964

Classification de DUKES :

type A : atteinte de la muqueuse

B1) atteinte de la musculaire muqueuse et de la
) séreuse pour B2
 B2)

C : atteinte ganglionnaire

La classification de Broders (1926) est basée sur le degré de différenciation (types 1 à 4).

La survie à 5 ans pour les gastrectomies totales selon la classification de BRODERS est la suivante :

types 1 et 2 = 42 %

type 3 = 17 %

type 4 = 5 %

HAWLEY (1970) ne pense pas que le "degré histologique de malignité" soit important pour le pronostic. Il, trouve de nombreuses tumeurs de "haut degré de malignité" ayant une longue survie. 9 cas d'adénocarcinomes anaplasiques ou peu différenciés ont une survie de plus de 10 ans (soit 56 % de leur série). Par contre le pronostic paraît nettement influencé par le "lymphocytic and plasma-cell infiltration" de LAUREN (1965) et INBERG (1966). Un stroma lymphoïde est signe de meilleur pronostic (témoignant d'une réaction inflammatoire immunitaire). Cette forte infiltration lymphocytaire est trouvée 19 fois sur 120 cas (HAWLEY). A 5 ans la survie est de 40 % pour ces cas à stroma lymphoïde contre 18 % pour les tumeurs qui en sont dépourvues (atteinte ganglionnaire non précisée).

6 - Atteinte ganglionnaire et survie.

a - Nous avons déjà remarqué, combien il est difficile de parler de survie sans considérer l'atteinte ganglionnaire. Qu'elle que soit la taille de la tumeur, le type histologique, le pronostic dépend pratiquement toujours du nombre et du siège des ganglions envahis.

Que nous considérons l'atteinte ganglionnaire de toute la série (44 cas) ou des seuls adénocarcinomes, la survie à 5 ans est pratiquement identique selon que les ganglions sont indemnes (No) : 62 à 71 % de vivants ; que les ganglions péritumoraux soient atteints (N+o) : 40 à 50 % de survie ou que les ganglions en bout de chaîne soient envahis (N++) 10 à 12 % de survie à 5 ans (Tableau XV)

Atteinte ganglionnaire	nombre de cas	Survie à 5 ans	
		nombre	%
No	17	5/8	62
N+o	8	2/5	40
N++	19	1/10	10
Total	44	8/23	34

Tableau XV - Survie globale à 5 ans en fonction de l'atteinte ganglionnaire.

Ces chiffres sont très proches de ceux relevés dans les publications (Tableau XVI) :

	No % survie	N+ % survie
REMINE (1964)	50	20
GOLDENBERG (1967)	40	4
HAWLEY (1970)	40	11

Tableau XVI - Survie à 5 ans selon l'atteinte ganglionnaire.

- de 4 à 20 % de survie à 5 ans si les ganglions sont atteints,
- de 40 à 50 % de survie à 5 ans s'il n'y a pas d'envahissement ganglionnaire (REMINE, 1964 ; GOLDENBERG, 1967 ; HAWLEY, 1970). Ceci quelque soit le siège de la tumeur et le type d'intervention. Pour les gastrectomies totales REMINE nous donne les chiffres de survie à 5 ans suivants :

No = 19 %

N+ = 5 %

b - L'étude du siège des ganglions envahis indique une prédominance d'atteintes de la chaîne coronaire stomacale pour les cancers de la petite courbure verticale et des groupes hépatiques et péripyloriques pour les cancers de l'antrum.

REMINE (1964) insiste sur la gravité de l'atteinte des ganglions sous pyloriques qui se voit dans 6 % des survies à long terme et 76 % des survies à court terme.

Pour HAWLEY (1970) c'est le nombre des ganglions atteints qui semble avoir le plus d'influence pronostique. Il fait un tableau de la moyenne du nombre des ganglions envahis qui est faible pour les longues survies (Tableau XVII). Ces données sont le résultat d'une étude particulièrement précise des pièces d'exérèse.

survie	nombre de cas	nombre moyen de ganglions envahis
moins de 5 ans	90	8
plus de 5 ans	12	4

Tableau XVII - Survie et nombre de ganglions envahis -
HAWLEY - 1970

c - L'étendue du curage ganglionnaire a été étudiée par MINE (1970) qui compare deux séries selon l'importance du curage : "classique" ou particulièrement étendu. A 5 ans la survie paraît supérieure pour les curages très poussés, mais ces chiffres ne sont pas statistiquement significatifs ; ils suggèrent cependant une possibilité d'amélioration des résultats en étendant le curage (Tableau XVIII).

Type	Nombre de cas	% de survie à 5 ans.
R2 No	25	52
R2 N+	59	10
R3 No	37	48
R3 N+	103	21

R2 = curage conventionnel

R3 = curage étendu

Tableau XVIII - Survie à 5 ans selon l'atteinte ganglionnaire et l'importance du curage. MINE - 1970

d- HOERR (1973) propose une classification qui résume bien les variations de survie en fonction de l'atteinte ganglionnaire :

Stade A = No

B = ganglions régionaux envahis et enlevés

C = métastases à distance, non extirpables

et la pénétration tumorale dans la paroi gastrique :

Stade I = muqueuse

II = toute la paroi

III = dépasse la séreuse.

Les résultats sont donnés dans le tableau XIX.

A = ganglions respectés

B = ganglions régionaux envahis et enlevés

I = atteinte de la muqueuse

II = atteinte de toute la paroi

III = atteinte extra pariétale

A I = 91 %	)	
A II = 58 %	)	62 %
A III = 50 %	)	
B I = 50 %	)	
B II = 19 %	)	21 %
B III = 17 %	)	

Tableau XIX - Survie à 5 ans selon l'atteinte pariétale gastrique et l'envahissement ganglionnaire - HOERR - 1973

C - LES ATTITUDES.

1 - Problème de l'opérabilité.

Il ne se pose le plus souvent qu'au temps de l'exploration per opératoire. On ne fait pas de diagnostic d'opérabilité sur les données de l'examen radiologique. REMINE (1964) note que 14 % des lésions paraissant radiologiquement inextirpables seront enlevées.

Tous les auteurs insistent donc sur la nécessité de faire une laparotomie exploratrice, sauf s'il existe des métastases à distance, biopsiées (HOERR, 1973). REMINE cite comme facteurs d'inopérabilité l'existence de métastases ganglionnaires hautes (sus claviculaires), rectales ou ombilicales par exemple. Lors du temps d'exploration le même auteur rappelle :

- que la dimension réelle d'une lésion peut être en partie masquée par les phénomènes inflammatoires,
- qu'il est nécessaire de connaître l'histologie d'une lésion jugée inextirpable afin de découvrir un éventuel lymphosarcome,
- enfin une large lésion, ulcérée, de la face postérieure de l'estomac peut être bénigne.

LUMPKIN (1964) pour plus de 100 opérés décédés et autopsiés constate que dans 29 cas l'opérateur avait pensé faire une exérèse "curatrice".

A l'inverse 22 opérés qui avaient bénéficié d'une intervention dite palliative sont en vie au bout de 5 ans. L'examen anatomo-pathologique montrait cependant une atteinte des ganglions et des organes voisins dans 40 % des cas.

2 - Problème de l'exérèse totale de nécessité.

Nous avons vu que la nécessité d'exérèse était soit absolue (taille de la tumeur), soit "carcinologique" (situation de la tumeur et/ou existence de ganglions envahis haut situés). La plupart des auteurs anglo saxons ne font que des gastrectomies totales de nécessité pour enlever une tumeur haut située ou trop volumineuse.

Pour REMINE (1964), l'indication type de la gastrectomie totale est l'existence d'une lésion de la moitié ou du tiers supérieur de l'estomac. Il enlève alors toujours la rate et fait un grand curage. S'il existe une extension des lésions au delà de l'estomac, il n'enlève en bloc la tumeur que si l'intervention est complète et raisonnable. Il ne fait pas de gastrectomie totale palliative.

HAWLEY (1970) en raison de la haute mortalité opératoire évite la gastrectomie totale à moins que la tumeur ne puisse être enlevée par un autre moyen.

En France, MARCHAL (1971) écrit que le siège et le volume de la tumeur sont la première indication de la nécessité. Souvent aussi "cette technique de nécessité est dictée par le souci d'enlever la totalité des gîtes lymphatiques, même les moins souvent envahis, ce qui impose le sacrifice de tous les pédicules artériels d'où découle la nécessité de la gastrectomie totale".

MOUCHET (in BARRIE, 1967) ne pense pas que "l'extension ganglionnaire dans la faux de la coronaire constitue obligatoirement une indication à la gastrectomie totale". Dans de tels cas il se "contente souvent d'une gastrectomie partielle très large (4/5e) avec curage coeliaque méthodique analogue à celui que l'on doit pratiquer dans la gastrectomie totale".

3 - L'élargissement de principe.

Dans la série, l'élargissement de principe a été fait dans tous les cas. Il faut cependant noter :

- qu'il n'y a pas eu habituellement d'indication tumorale à élargir au pancréas (observation n° 1 : il existait "un

noyau tumoral" dans la queue du pancréas). Par contre, 9 fois on notait une adhérence à l'isthme ou au corps du pancréas (1 fois sur 3 il s'agissait d'un cancer sur moignon de gastrectomie partielle).

- il n'y a que peu d'indications ganglionnaires : pour 26 adénocarcinomes, 3 cas seulement présentaient une atteinte des ganglions spléniques et 2 fois la formule du cancer était : N+M+.
- cependant, cet élargissement n'a pas eu d'influence sur la morbidité.

LORTAT JACOB (1972) pour 118 gastrectomies totales de nécessité, associe 100 fois une exérèse pancréatique (113 splénectomies). Il compte 5 fistules pancréatiques extériorisées. Pour 79 gastrectomies totales de nécessité (lésions non cardiales) la chaîne splénique présente 13 fois des ganglions envahis, chiffre relativement important.

Au terme de ce bref commentaire nous rappellerons que nos résultats ne sont pas significatifs au point de vue statistique. Par exemple, l'étude de la survie à 5 ans selon l'atteinte ganglionnaire donnerait par contre une différence très significative dans les résultats si avec les mêmes conclusions la série comportait le double de cas. La poursuite de cette étude viendra nous l'espérons, confirmer les observations faites sur de grandes séries et permettra surtout de repérer les cancers invasifs de bon pronostic et de décider de la thérapeutique la mieux appropriée. A l'inverse, dans les cas définis comme à haut risque évolutif, une intervention moins étendue et plus raisonnable pourra être proposée.

CONCLUSION

Au terme de l'étude d'une série de 44 gastrectomies totales de nécessité pour cancers du corps de l'estomac, nous concluons en soulignant tout d'abord l'intérêt d'utiliser une voie abdominale pure.

Cette voie a paru toujours suffisante, n'a pas compliqué l'exérèse à la condition d'exposer correctement le champ opératoire en commençant par installer soi-même l'opéré de façon adéquat sur la table.

La voie abdominale qui paraît simplifier les suites opératoires permet d'élargir raisonnablement les indications d'exérèse aux patients du troisième âge, ce qui n'est pas sans intérêt dans une affection touchant un nombre important de vieillards.

La large pièce opératoire a fait l'objet d'une étude anatomopathologique la plus précise possible permettant de déterminer les résultats lointains en fonction des lésions, non pas supposées, mais définies avec précision.

Si nos chiffres se confirment, cet effort vaut la peine d'être poursuivi car il précise les indications opératoires reposant alors sur des faits concrets.

1 - Dans les linites, il importe malheureusement d'être conscient que l'exérèse n'aura pour ainsi dire jamais d'espoir curateur, quelque soit l'état des ganglions. La survie ne dépasse pas deux ans. La solution chirurgicale n'est donc ici qu'un pis-aller, mis en oeuvre tant que l'on ne disposera d'aucun autre moyen de traitement fut-il palliatif. Si l'intervention peut rendre cette brève survie moins pénible, l'illusion de confort donnée effectivement à ces opérés n'a guère dépassé 9 mois.

2 - Le tableau est identique pour les cancers sur moignon gastrique, étant entendu que l'on a observé surtout des cancers sur moignon et non des récidives de cancers laissés sur moignon.

3 - Les autres adénocarcinomes, malgré la petite série dont nous disposons, laissent par contre l'espoir de pouvoir cons-

tater qu'une grosse tumeur ne signifie pas ganglions envahis, et que le pronostic à distance d'une grosse tumeur avec atteinte ganglionnaire n'est pas particulièrement péjoratif.

Ceci nous décide à poursuivre les exérèses, même difficiles, des grosses tumeurs à ganglions non envahis. Il sera donc nécessaire de demander de manière quasi systématique un examen histologique extemporané des adénopathies. Les derniers ganglions des pédicules étant en général aisés à prélever avant tout geste d'exérèse.

A l'inverse, une petite tumeur peut s'accompagner d'un envahissement ganglionnaire étendu. Il nous paraît encore plus important dans ce cas d'obtenir cet examen extemporané, car notre attitude sera de ne pas élargir l'exérèse gastrique si les derniers ganglions des pédicules sont atteints (N++), la survie n'ayant alors pratiquement pas dépassé deux ans. Dans ces conditions, la justification de faire une gastrectomie totale élargie dont la nécessité serait dictée par la taille de la tumeur et non par l'atteinte ganglionnaire nous paraît discutable.

Nous aurions donc tendance, puisqu'il faut perdre l'espoir d'une exérèse à visée curatrice, de réserver à ces patients une gastrectomie subtotale associée à un curage le plus large possible des ganglions (ligature à l'origine de l'artère coronaire stomachique, dépouillement de la totalité de la petite courbure). Cette perspective est encore encouragée par le fait que la plupart des décès dans ces cas semblent être dus à des métastases hépatiques ou des récidives coeliaques.

On peut souligner que nos résultats sont superposables à certaines données de la littérature, en particulier aux travaux de P. R. HAWLEY, P. WESTERHOLM et B. C. MORSON (St Mark's Hospital) (1970).

De telles notions ne contredisent d'ailleurs pas les idées actuelles de la carcinologie mettant en vedette, d'une part la notion du temps de doublement des tumeurs, d'autre part le pouvoir d'invasion lymphatique ou métastatique. Certains ont pu même démontrer par le calcul que des métastases de cancers naissent vraisemblablement avant que la tumeur d'origine ait une taille repérable.

Se référant à ces notions, il paraît logique d'avoir constaté que les grosses tumeurs ne s'accompagnant ni d'envahissement ganglionnaire, ni de métastases, constituaient finalement de bons cas, apportant ainsi la preuve qu'elles avaient pu croître sans dissémination.

En raison de la latence clinique fréquente des cancers du corps gastrique, il est malheureusement impossible d'étudier le pronostic en fonction de la durée d'évolution, voire du temps de doublement tumoral.

Finalement, la comparaison selon l'atteinte ganglionnaire des survies de la série globale et de celle des cancers du corps gastrique qui ne sont ni des limites, ni des cancers sur moignon, nous persuade de l'intérêt de l'étude minutieuse des pièces et de la nécessité d'énoncer les résultats en fonction des lésions et non pas selon le type d'intervention dont l'ampleur de l'exérèse est parfois même incomplètement définie dans la littérature.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - J. BARRIER, R. LATREILLE, P. GROULIER, J.F. GARREL,
J.J. BOCCHIO, J. RONZY.

A propos d'une série de 200 cancers de l'estomac.
Mém. Acad. Chir. 1967, 93, 6-7, 211-218.

- 2 - R. BOURGEON, P. LECOMTE, J.P. BORELLI,
S. CHOMETOWSKI.

L'opération de Henley après gastrectomie totale. Résultats
fonctionnels. Etude radiocinématographique.
Chirurgie, 1973, 99, 113-118.

- 3 - V. BROOKES, J. WATERHOUSE, D. POWELL.

Carcinoma of the stomach : a 10 years survey of results
and of factors affecting prognosis.
Brit. med. J. 1965, 1, 1577-1583.

- 4 - C. TH. EHLERS.

Beurteilung des Therapieerfolges bei Magerkarzinomen
mit Hilfe moderner Dokumentations und Klassifikations
befahren
Brun's Beitr. Klin. Chir. 1972, 219, 3, 199-209.

- 5 - V.A. GILBERTSEN.

Results of treatment of stomach cancer an appraisal of
efforts for more extensive surgery and a report of 1 983
cases.
Cancer 1969, 23, 1305-1308.

- 6 - R. GIULI, B. ESTENNE, PH. CLOT, J.C. FAURE, J.M. HAY,
C.A. RICHARD, J.L. LORTAT-JACOB.

Résultats éloignés de 482 interventions d'excérèse pour
cancer gastrique. Valeur de la gastrectomie totale élargie.
Ann. Chir. 1972, 26, 25-26, 1284-1296.

- 7 - I.S. GOLDENBERG, J.M. COHEN, D.G. SKINNER.
A study of survival patterns in patients with gastric carcinoma
Surg. Gyn. Obst. 1967, 124, 2, 241-250.
- 8 - P.R. HAWLEY, P. WESTERHOLM, B.C. MORSON.
Pathologie and prognosis of carcinoma of the stomach
(St Mark's Hospital)
Br. J. Surg. 1970, 57, 12, 877-883.
- 9 - S.O. HOERR.
Prognosis for carcinoma of the stomach
Surg. Gyn. Obst. 1973, 137, 205-209.
- 10 - L.F. HOLLENDER, P. MULLER, F. SINI, G. SANTIZO.
La cancérisation secondaire du moignon restant après
résection gastrique subtotale pour ulcère. Considérations
cliniques et thérapeutiques à propos de 15 observations.
Arch. Mal. App. Dig. 1966, 55, 625.
- 11 - M.V. INBERG, J. VUORI, S.J. VIKARI.
Carcinoma of the stomach (a follow-up study of 1963
patients)
Acta Chir. Scand. 1972, 138, 195-201.
- 12 - F. LAGROT, Ph. MICHEAU, M. COSTAGLIOLA,
F. LAZORTHES.
Curage ganglionnaire dans le cancer gastrique
Arch. fr. mal. App. Dig. 1968, 57, 3, 374-375.
- 13 - F. LAGROT, Ph. MICHEAU, M. COSTAGLIOLA,
F. LAZORTHES.
Lordose dorsale basse dans l'exposition de la région
sus mésocolique.
Presse méd. 1970, 78, 35, 1551.
- 14 - H. LEFEVRE, J.L. LORTAT-JACOB.
Technique de la gastrectomie totale pour cancer
J. Chir. 1951, 67, 322-344.
- 15 - J.L. LORTAT-JACOB, J.P. CACHERA, J.N. MAILLARD,
C.A. RICHARD, F. FEKETE.
Dix ans d'expérience du traitement chirurgical des cancers
gastriques. Statistique hospitalière intégrale de 300 cas.
Ann. Chir. 1962, 16, 13-14, 999-1015.

- 16 - W. LUMPKIN, R. CROW, C. HERNANDEZ, I. COHN.
Carcinoma of the stomach (review of 1035 cases).
Ann. Surg. 1964, 159, 6, 919-932.
- 17 - G. MARCHAL, M. BALMES, J. VERGUES, E. GRYNFELTT, A. SELLAMI, J. JUANCHICH.
Notre tactique thérapeutique à l'égard du cancer de l'estomac. A propos de 230 observations.
Montpellier Chir. 1971, 17, 6, 503-514.
- 18 - K. MARUTA, H. SHIDA.
Some factors which influence prognosis after surgery for advanced gastric cancer.
Ann. Surg. 1968, 167, 3, 313-318.
- 19 - M. MINE, S. MAJIMA, M. HARADA, S. ETANI.
End results of gastrectomy for gastric cancer : effet of extensive lymph node dissection.
Surgery 1970, 68, 5, 753-758.
- 20 - Ph. MONOD-BROCA, P. TESTAS.
Les gastrectomies totales avec interposition jéjunale.
J. Chir. 1966, 91, 5-6, 583-594.
- 21 - A. MOUCHET, J. MARQUAND, M. CAMEY, J.P. GARCIN, G. CHATIGNOUX.
Etude statistique intégrale de 334 cancers de l'estomac opérés (208 exérèses dont 140 gastrectomies totales et 68 gastrectomies sub-totales).
Mém. Acad. Chir. 1959, 85, 30-31, 781-794.
- 22 - A. MOUCHET, J. MARQUAND, M. CAMEY, J.P. GARCIN.
La gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac.
Technique, indications, résultats.
J. Chir. 1960, 80, 1, 38-53.
- 23 - M. MUTO, T. MAKI, S. MAJIMA, I. YAMAGUCHI.
Improvement in the end results of surgical treatment of gastric cancer.
Surgery 1968, 63, 2, 229-235.
- 24 - S.H. NADLER, J.T. PHELAN, G.E. MOORE.
Radical gastrectomy for cancer.
Surg. Gynec. Obst. 1968, 119-123.

- 25 - F. POTET, J. BARGE, E. MARTIN, P. ZEITOUN.
Histopathologie du tube digestif.
Masson et Cie, édit. Paris 1974.
- 26 - P. RAZEMON, Cl. GAUTIER-BENOIT.
Evolution des formes histologiques de l'épithélioma
gastrique.
Ann. Chir. 1967, 21, 3-4, 154-159.
- 27 - W. H. REMINE, J. T. PRIESTLEY, J. BERKSON.
Cancer of the stomach.
Philadelphia 1964
W. B. Saunders Co
- 28 - W. H. REMINE, M. GOMES, M. DOCKERTY.
Long-term survival (10 to 56 years) after surgery for
carcinoma of the stomach.
Am. J. Surg. 1969, 117, 177-184.
- 29 - M. RIBET.
Résultats de la gastrectomie totale (de nécessité et de
principe, élargie ou non) dans le traitement du cancer
de l'estomac (cardia excepté).
Ann. Chir. 1967, 21, 3-4, 143-147.
- 30 - R. E. SANCHEZ, H. E. GORDON.
Complications of total gastrectomy.
Arch. of Surg. 1970, 100, 2, 136-139.
- 31 - E. SHOCKET.
Surg. Gyn. Obst. 1971, 133, 5, 853-854
in Nouv. Presse méd. 1972, 10, 683
-

Vu, le Président de Thèse,
Professeur J.N. MAILLARD

Vu, le Doyen de la Faculté
de Médecine Xavier Bichat,
Professeur J. BAUMANN

Vu et Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
R. MALLET

